

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

278

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alexandre LICHTENDORFF

Né le 21 décembre 1882, à Odessa

L'Assurance-Maladie privée et facultative
concernant les Classes moyennes
et les Professions libérales

Président : M. BALTHAZARD, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

872

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alexandre LICHTENDORFF

Né le 21 décembre 1882, à Odessa

L'Assurance-Maladie privée et facultative
concernant les Classes moyennes
et les Professions libérales

Président : M. BALTHAZARD, *Professeur.*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Cardiologie clinique	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
LE LORIER.
LÉVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME, A MA FILLE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

L'Assurance-Maladie privée et facultative concernant les Classes moyennes et les Professions libérales

Introduction

Le bouleversement économique, résultat de la guerre et de la dernière crise mondiale a eu la plus grande répercussion sur la situation matérielle des classes moyennes et des professions libérales en Europe et en Amérique.

L'évolution sociale d'après-guerre a eu comme conséquence une amélioration des conditions d'existence des travailleurs manuels pour lesquels la sollicitude de l'Etat n'a fait que croître, notamment en ce qui concerne la sauvegarde de la santé et la lutte contre les maladies et le chômage. En Europe, dans presque tous les pays, les assurances sociales ont été créées ou se sont considérablement développées.

Ce souci louable pour la santé de la classe des travailleurs manuels contraste avec le manque total de sollicitude pour les classes moyennes et les professions libérales. Le Corps médical notamment s'est vu dans l'obligation impérieuse de lutter pour sauvegarder son indépendance économique et professionnelle.

La lutte qu'a soutenue en France (1928-1930) le Corps médical sous l'égide de la Confédération des Syndicats médicaux est encore dans toutes les mémoires. Si des résultats tangibles ont été obtenus grâce à la tenacité du Corps médical français, la tension économique continue néanmoins à augmenter parmi les médecins. On peut dire qu'ils sont menacés de prolétarianisation.

La classe moyenne s'est trouvée coïncée entre le gros capitalisme et la classe ouvrière organisée. Elle n'a aucun appui de la part de l'Etat et aucune organisation efficace propre. Supportant elle-même une bonne partie des charges communes, luttant péniblement pour une position sociale, qu'elle ne saurait pas abandonner sans déchoir, mais qui devient de jour en jour plus difficile à maintenir, elle commence à entrevoir la nécessité de s'organiser et de se défendre.

Il faut espérer que l'Etat reconnaîtra enfin l'importance capitale de cette classe qui représente la pépinière de l'élite de la nation. C'est là que règne heureusement encore un sain individualisme. Ce n'est que dans le sein de cette classe moyenne que pourra s'affirmer une opposition agissante contre l'emprise tyrannique de l'Etat d'une part, et la servitude des grandes organisations collectives d'autre part. Le sentiment du danger qui menace la classe moyenne n'est peut-être nulle part si fort qu'en France.

Nulle part ailleurs, cette lutte difficile sur deux fronts n'est si démonstrative que dans les efforts du

Corps médical pour sauvegarder son indépendance et son caractère de profession libérale. Citons quelques passages de l'article remarquable qu'a publié Georges Duhamel dans la *Revue des Deux Mondes* (en 1934), sur les « Excès de l'Etatisme et les responsabilités de la médecine » :

« Il apparaît bien que le Corps médical agit surtout comme une force non propagatrice, mais bien freinatrice dans la poussée de l'Etatisme. Sa responsabilité n'en est pas moins grande. La médecine en « laissant faire », en demeurant passive devant la poussée étatiste, mériterait sûrement un blâme. Marc-Aurèle dit fort bien : « Souvent on est aussi injuste en ne faisant rien qu'en faisant certaines choses. » La médecine n'a pas failli, je le répète, à son devoir qui était, qui est et sera longtemps encore de s'opposer à certaines forces.

.

Des esprits sceptiques, sinon découragés, admettant le caractère panique du phénomène étatique, pensent qu'il est vain de s'opposer aux forces de la nature et que, par exemple, on n'arrête pas la marche des fleuves. Ces esprits oublient sans doute que l'homme doit sa situation extraordinaire parmi les êtres vivants à l'usage qu'il a précisément fait de certaines forces naturelles, en les captant, en les enchaînant, en les contraignant à servir. On n'arrête pas les fleuves, sans doute. On fait mieux : on règle leur cours, on construit des barrages, des canaux, des écluses, des quais, des digues et des ponts. Ainsi la

force naturelle qui semblait une cause de périls infinis, devient un instrument de puissance et un principe de profit. Il est justement dans la nature et dans la destinée de l'homme de maîtriser les phénomènes dont il a d'abord tout à craindre.

.

Parce qu'elle a pour mission d'assister l'homme dans les actes essentiels de la vie, dans les actes, où malgré tout l'homme est solitaire et forcément individuel, dans la naissance, la souffrance et la mort, la médecine doit demeurer l'un des réduits de l'individualisme en péril. »

.

Le Corps médical étant partie intégrante de la classe moyenne, a non seulement les mêmes intérêts qu'elle, mais aussi le devoir, dans sa propre sphère, de l'aider à maintenir sa position.

Il est indiscutable que les assurances sociales ont trouvé un écho dans la classe moyenne et y ont introduit la notion de la prévoyance médicale (cela a été visible dans les pays où cette classe a été la plus éprouvée, par exemple en Allemagne et en Europe Centrale), et l'idée est née de créer une assurance contre les dépenses occasionnées par les maladies qui parfois mettent en péril des budgets à l'équilibre précaire.

Comment s'est développée cette idée, quelle est la forme actuelle dans laquelle elle s'est cristallisée, c'est l'objet de ce travail. L'assurance-maladie privée est encore très peu connue en France ; elle n'a pas

encore fait l'objet d'une étude d'ensemble et à notre connaissance, ce petit travail en est le premier essai.

Nous croyons que le Corps médical ne peut pas se désintéresser de l'évolution de cette forme d'assurance. L'assurance-maladie privée et facultative pour les classes moyennes et les professions libérales est une nécessité qui s'imposera certainement un jour en France comme elle l'a fait ailleurs, car les causes qui l'on fait naître ne font que se multiplier.

Les assurances se basent sur la science actuarielle ; l'actuaire calcule à l'aide de formules mathématiques précises toutes les modalités financières d'une assurance en tenant compte des éléments qui peuvent intervenir.

Mais dans l'assurance-maladie la science actuarielle seule ne peut pas fournir toutes les bases nécessaires au calcul. Y interviennent divers éléments d'ordre psychologique et médical qui sortent de la compétence de l'actuaire et à propos desquels le médecin a son mot à dire.

Il est par suite étrange de remarquer que jusqu'à présent les Compagnies ont presque éliminé les médecins du fonctionnement de l'assurance maladie. Les candidats sont reçus sans examen médical préalable et c'est sur la foi d'un questionnaire rempli en présence d'un agent de la Compagnie, qu'ils sont admis à l'assurance. Il n'est pas étonnant que les premières expériences aient déjà été peu encourageantes et que plusieurs Compagnies se soient vu forcées d'arrêter leur activité.

Nous nous efforcerons de démontrer dans notre travail que l'organisation du service d'assurance-maladie peut et doit être faite avec le concours du médecin et que son fonctionnement doit rester sous le contrôle continu du médecin.

D'ailleurs, l'idée d'une collaboration étroite entre médecin et actuaire se répand de plus en plus. D'autre part, les questions suscitées par les assurances tant sociales que privées, deviennent si nombreuses, leur importance du point de vue médical et hygiénico-social s'avère si grande, qu'une sorte de spécialisation dans ce domaine se dessine. Cette nouvelle branche médicale se développera avec le temps et contribuera à enrichir les domaines du pronostic, du diagnostic et même de la thérapeutique et de l'hygiène.

Notre très estimé ami, le D^r L. Coppet, qui a consacré une vie aux questions médicales de l'assurance, et qui a eu le mérite de fonder le premier Centre français de tarification des risques aggravés, a proposé au Congrès International de Médecine d'Assurance de 1935 à Londres, de nommer cette nouvelle branche médicale du nom de « Asphalologie médicale » (du grec *asphalès* : sûr, certain et *logos*).

Nous faisons nôtre cette proposition et nous nous faisons un devoir agréable d'exprimer au D^r Coppet notre reconnaissance pour les indications si utiles qu'il a bien voulu nous donner et qui ont facilité notre tâche.

Historique

C'est en *Angleterre* qu'est née l'assurance privée contre la maladie et elle y fut pratiquée d'abord par les Sociétés confraternelles des artisans. Déjà en 1789, William Morgan publie les premières Tables de morbidité. En 1823 furent publiées par William Morgan et William Freud les « Tables de la Southville Friendly Society » qui serviront de premier matériel scientifique à l'assurance-maladie.

Par la suite, l'assurance-maladie est étroitement liée à l'assurance-accident. Celle-ci se développa également d'abord en Angleterre, vers le milieu du *xix^e* siècle après l'introduction des chemins de fer, et prit un essor considérable après que l'acte de la responsabilité des employeurs (*Employer's Liability Act*) fut approuvé par le Parlement. Ce n'est qu'en 1885, qu'une nouvelle forme de police fut créée qui garantissait en dehors de l'accident quelques maladies spécifiées, contre le paiement d'une surprime. Les maladies garanties étaient : diphtérie, fièvre typhoïde, scarlatine et variole. En 1906 ont été lancées pour la première fois des polices garantissant les accidents et toutes les maladies.

Aux *Etats-Unis d'Amérique*, l'assurance-maladie apparaît en 1847 ; elle y est pratiquée par plusieurs Compagnies qui ne s'en occupent que peu, ayant subi d'emblée des pertes assez importantes. Les calculs de ces Compagnies se basaient sur les Tables de morbidité anglaises mentionnées plus haut ; le capital disponible était trop faible, l'expérience des administrateurs était insuffisante. Après une période d'arrêt complet pendant cinquante ans, cette branche a été reprise en 1898, par de grandes Compagnies en liaison étroite avec l'assurance-accident. Les maladies assurables étaient limitées aux suivantes : fièvre typhoïde, scarlatine, variole, diphtérie, rougeole, érysipèle, pleurésie, pneumonie, bronchite, appendicite, péritonite, et diabète.

Peu après apparurent des polices assurant toutes les maladies à l'exception des maladies mentales, vénériennes et des intoxications par les boissons ou les narcotiques. En 1903, les maladies rhumatismales furent exclues, mais les interventions chirurgicales furent admises. En 1909, on introduit une période de carence d'une semaine pendant laquelle aucune prestation n'est payée, mais en échange apparaissent les indemnités pour frais d'hospitalisation. Ensuite furent accordées les indemnités viagères pour incapacité totale et permanente due à la maladie.

Actuellement, les polices américaines de ce genre sont divisées en deux classes : l'une paie dès le premier jour et jusqu'à concurrence de cinquante-

deux semaines pour les maladies qui obligent à garder la chambre, et l'autre ne paie rien pendant les premiers quinze jours, mais paie durant cinquante-deux semaines même pour des maladies qui ne forcent pas à garder la chambre.

Les polices accident-maladie paient des sommes forfaitaires pour des dommages corporels d'après un barème spécial : elles paient en outre une indemnité hebdomadaire pour incapacité totale ou partielle, pour les frais d'opération et en plus 50 à 100 % du montant de l'indemnité hebdomadaire pour frais d'hospitalisation et de soins médicaux.

D'autres types de polices ne paient pas d'indemnité hebdomadaire, mais par contre remboursent outre les tarifs de l'opération, des frais d'hôpital et de soins, des frais de pharmacie, d'anesthésie, de rayons X, de bandages, etc. Il y a des polices spéciales plus modestes destinées aux ouvriers.

En dehors de ces polices individuelles, il existe des polices par groupes professionnels et des polices limitées à l'assurance du risque chirurgical seulement, avec une indemnité hebdomadaire et d'hospitalisation.

La prime et le bénéfice varient avec l'âge et le revenu du candidat. Il y a deux sortes de contrats :

1° Le contrat permanent avec examen médical préalable obligatoire. Le secours n'est payé qu'après présentation d'une déclaration de l'assuré, appuyé par un rapport de son médecin personnel. Sur demande de la Compagnie, l'assuré doit se soumettre

éventuellement à l'examen du médecin de la Compagnie.

2° Le contrat annuel sans examen médical préalable, conclu sur la foi de la déclaration du candidat qui doit indiquer les maladies dont il a souffert les dernières cinq années. Ce contrat peut être résilié par la Compagnie à son gré.

Tous les bénéfices cessent à un âge-limite (60-65 ans).

Nous nous sommes arrêtés un peu longuement sur ce type d'assurance accident-maladie américaine, parce que c'est un genre d'assurance-maladie qu'on pourrait appeler classique, et qui a été adopté aussi en Europe avant la guerre.

Mais, avec le début de la crise mondiale, les tendances de l'assurance-maladie changent. Et c'est un fait caractéristique qu'un nouveau type de maladie-assurance naît là où cette crise a atteint son apogée, en *Allemagne*.

L'Allemagne, le pays classique des assurances sociales, a vu la première la ruine économique de sa classe moyenne et des professions libérales, qui, par leur position sociale, ne pouvaient pas bénéficier de la médecine des Caisses. Il y a un peu plus de dix ans que des compagnies spécialement créées ont commencé à pratiquer cette assurance-maladie pour les classes moyennes nouveau genre, qui peut être envisagée comme une assurance-secours (ayant le caractère d'un abonnement) tandis que l'assurance que

nous avons décrite plus haut, est plutôt une assurance-invalidité. Il n'est pas moins de 40 Compagnies privées en Allemagne qui s'occupent de cette assurance-maladie; depuis dix ans cette branche a eu un essor sans précédent. Du point de vue des recettes en primes elle est déjà au quatrième rang des différentes branches d'assurance et tend à passer au troisième; elle a été introduite en Angleterre, et depuis deux ans à peine, en France.

C'est cette assurance-maladie nouveau genre qui est l'objet de notre travail.

Mentionnons encore une forme spéciale d'assurance contre le risque chirurgical seulement, qui est organisée en France depuis quelques années. Ce sont les Caisses Chirurgicales Mutuelles (C. C. M.) qui concernent également les classes moyennes de la population; elles couvrent le risque chirurgical dû soit à un accident, soit à une maladie. Ces Caisses acceptent des assurances individuelles, familiales ou par groupes; parmi elles, il y a en a qui ont été créées sous l'inspiration du Corps médical et qui concèdent à leurs membres le libre choix du chirurgien, de la maison de santé, respectent le secret médical et éliminent le tiers payant (à l'encontre des Mutuelles Chirurgicales qui n'accordent pas le libre choix et imposent le tiers payant et un tarif limitatif).

Le trait caractéristique de l'assurance-abonnement contre la maladie est que l'indemnité d'incapacité de travail n'y joue qu'un rôle secondaire et tend même à disparaître. Le bénéfice réside principalement dans

la restitution intégrale ou plus souvent partielle des frais occasionnés par la maladie. Les prestations remboursent les frais médicaux et chirurgicaux, les frais d'hospitalisation et de pharmacie. En outre, la police accorde un secours à la naissance et des indemnités funéraires ; elle couvre en même temps, les accidents et leurs suites. Ce genre d'assurance peut être individuel, familial ou collectif.

A peu d'exceptions près, cette assurance-maladie est pratiquée par les Compagnies d'assurance générale ou d'assurance-vie et assurance-accident. En *France*, l'assurance-maladie est pratiquée depuis longtemps par les sociétés de secours-mutuels organisées sur le plan corporatif. Leurs méthodes reposent sur des données empiriques, leurs moyens financiers sont très restreints.

Les assurances sociales sont limitées à des classes sociales déterminées ; le champ laissé aux Compagnies d'assurance reste encore très vaste.

Plusieurs Compagnies spéciales pour l'assurance-maladie privée ont été créées, il y a environ deux ans ; quelques-unes d'entre elles ont déjà dû cesser leur activité. D'autre part, des Compagnies importantes ont créé des sections spéciales de cette nouvelle branche et semblent vouloir continuer à la développer.

Le Corps médical a été tenu à l'écart lors de la création de cette branche. Dans différents pays il commença à s'émouvoir de son développement et des répercussions possibles sur l'exercice de la pro-

fession. Cela explique pourquoi, ces derniers temps, cette question a été abordée par deux grandes enquêtes successives menées par l'A. P. I. M. (Association Professionnelle Internationale des Médecins) et publiées dans l'organe officiel de l'Association, la *Revue internationale de Médecine professionnelle et sociale* (Paris, Secrétaire général Dr F. Decourt) n^{os} de février, mai et novembre 1936.

Cette enquête a été demandée par le délégué de la Hongrie. En effet, en Hongrie la situation du Corps médical est critique et les médecins ont été forcés de prendre des mesures énergiques pour éviter que les organismes créés pour assurer les soins médicaux et chirurgicaux aux classes moyennes, ne ruinent pas moralement et matériellement le Corps médical, en lui enlevant le peu de clientèle privée qui reste et en le condamnant à une fonctionnarisation totale. De cette lutte, le Corps médical hongrois est sorti victorieux grâce à son énergie, son initiative et son unité.

La première enquête a porté sur le fonctionnement des organismes d'assurance-maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales, et sur l'attitude du Corps médical envers cette branche d'assurance.

Sans rapporter ici les réponses données, bornons-nous à constater que les médecins des différents pays sont presque tous du même avis. Si quelques-uns adoptent une attitude seulement tolérante, la majorité approuve en principe et est d'avis que le Corps médi-

cal devrait collaborer au développement de cette branche.

Le correspondant national français souligne que les assurances privées individuelles ne demandent pas que les médecins s'en occupent spécialement. Ils doivent traiter les malades comme dans la clientèle ordinaire, et recevant directement leurs honoraires, n'ont pas à connaître si dans la suite le malade se fera rembourser tout ou une partie de ses frais.

Nous considérons pour notre part, qu'une attitude d'indifférence n'est pas de mise et nous essaierons de prouver qu'il est dans le plus grand intérêt du Corps médical de collaborer avec ces institutions activement, pour rendre cette assurance plus souple, plus vivante et mieux organisée.

Nous ne pouvons mieux résumer les discussions auxquelles ont donné lieu les résultats de cette importante enquête, qu'en citant intégralement le texte des conclusions adoptées par le Conseil :

1^o L'A. P. I. M. approuve le principe d'une assurance-maladie privée et facultative, en faveur des classes moyennes et des professions libérales. Mais comme il s'agit des classes d'un standard de vie supérieur à celui des assurés sociaux obligatoires, le Corps médical ne saurait accepter cette institution, en pratique, que si l'associé continue à rester continuellement en face de son médecin de famille dans la situation d'un malade de clientèle privée.

2^o Toutefois, dans l'intérêt même de l'institution

et de ses adhérents, et pour assurer sa vitalité et son fonctionnement, l'A. P. I. M. est d'avis qu'une assurance-maladie privée facultative doit être établie et fonctionner en complet *accord* avec les groupements médicaux professionnels.

3^o De plus, ainsi que dans toute assurance-maladie les principes primordiaux de la Charte médicale internationale doivent être toujours rigoureusement observés, à savoir :

- a) *Le libre choix* du médecin, du chirurgien, du spécialiste, de la clinique, maison de santé ou hôpital, doit être entièrement conservé au malade, l'assurance ne fournissant jamais à son adhérent des prestations *en nature*, mais uniquement des prestations *en espèces* en ce qui concerne les frais de traitement ;
- b) *Le paiement* des soins médicaux, chirurgicaux ou de spécialistes serait donc effectué par *le malade*, ainsi qu'en clientèle privée, et d'après les tarifs médicaux en vigueur dans la région ou suivant le pays, établis préalablement en accord avec l'assurance. Mais celle-ci n'interviendra jamais entre le malade et son médecin de famille : elle ne fera qu'avancer ou rembourser à son adhérent tout ou partie, suivant ses statuts, des honoraires médicaux et autres frais nécessités par le traitement effectué.
- c) Le médecin traitant pourra donner à l'assurance par certificats ou signatures de feuilles de mala-

die, toutes les précisions nécessaires sur les prestations effectuées par lui, mais le malade doit être assuré de l'observation absolue, par son médecin, *du secret professionnel*, vis-à-vis de l'Administration de l'assurance.

d) *La liberté de prescription* doit être maintenue entière.

e) *Le contrôle administratif* sera établi par les services de l'assurance. *Le contrôle technique* médical ne pourrait être admis, s'il y a lieu en certains pays, qu'en accord avec le Corps médical organisé.

*
* *
*

A la suite de cette enquête, une autre, complémentaire, a été proposée par le délégué hollandais en décembre 1935, sur « La répercussion de l'assurance-maladie sur l'exercice journalier de la médecine ».

Les conclusions adoptées s'inspirent en grande partie des principes constituant la Charte internationale que le Corps médical français, dans la lutte entreprise par la Confédération des Syndicats médicaux, a su imposer dans son ensemble par la loi française des Assurances sociales (1928-1930).

Voici les conclusions de la deuxième enquête, qui se confondent, en partie, avec les précédentes :

1° A l'effet de garantir un exercice normal de la médecine, dans l'intérêt primordial des malades, il y a lieu, par une action continue, d'exiger au moins

l'introduction dans toutes les organisations d'assurances-maladies des préceptes de la Charte Médicale Internationale.

2° Il est souhaitable que la possibilité de la collaboration des médecins au fonctionnement des diverses assurances-maladies soit étendue, dans chaque pays, à la totalité des médecins praticiens, chacun d'eux, restant libre d'accepter ou de refuser sa collaboration personnelle.

3° Il y a lieu de s'opposer à la standardisation des traitements. La maladie est individuelle ; le traitement doit rester individuel. Seules les mesures d'hygiène et de préservation peuvent avoir un caractère collectif.

4° Pour que la Santé publique retire effectivement les bienfaits qu'on est en droit d'attendre du développement de l'assurance-maladie, il est indispensable que dans tous les pays les associations nationales médicales soient toujours appelées à discuter avec les Pouvoirs publics et les Collectivités, l'organisation même de la partie technique (1) de l'assurance. Seule une collaboration loyale basée sur des accords librement discutés peut être féconde en résultats bienfaisants. Les bases mêmes de cette collaboration sont

1. On doit entendre l'expression « partie technique » celle dont les médecins sont effectivement les techniciens (soins, prescriptions, délivrance d'appareils, hospitalisation, congés de convalescence, etc.).

exprimées dans la Charte Médicale Internationale qui comporte :

- a) Libre choix du médecin par le malade ;
- b) Respect du secret professionnel ;
- c) Pas de fonctionnarisation de la médecine de soins. Seuls pourraient être fonctionnarisés les médecins experts ou contrôleurs ;
- d) En matière de soins, le paiement à l'acte médical par l'assuré lui-même, avec ticket modérateur, semble être la modalité la meilleure en médecine sociale, en cas de tiers responsable ;
- e) Liberté de prescription, sous réserve d'un contrôle des abus ;
- f) En médecine sociale, en général, respect de la liberté du Corps médical avec contrats collectifs établis entre l'Etat ou les Collectivités et le Corps médical organisé.

5° Ces conditions étant obtenues, le Corps médical ne peut que s'associer au développement des diverses assurances-maladies qui permettent aux assurés d'être plus facilement bien soignés. »

*
* *
*

Pour donner une idée concrète du type d'assurance qui nous intéresse, nous énumérerons plus loin quelques détails essentiels concernant une police-type de l'assurance-maladie, dont la connaissance nous

facilitera l'étude critique de cette assurance dans son ensemble.

Nous croyons utile de donner au préalable quelques notions élémentaires d'assurance et des indications générales sur la technique actuarielle et sur les rapports de l'assurance-maladie avec les autres branches d'assurance de personnes.

Notions élémentaires d'assurance

L'assurance est un acte de prévoyance, elle est une application spéciale de l'instinct d'association. Sous quelque forme qu'elle soit réalisée, elle représente un contrat collectif conclu entre les assurés d'une part et l'assureur d'autre part, lequel doit répartir entre eux la perte éventuelle, le *sinistre*, à laquelle les assurés sont exposés par la suite de la réalisation de certains risques. *Le risque* est l'événement futur et incertain ou d'un terme indéterminé, en dehors de la volonté des parties, contre lequel l'assuré veut se prémunir.

L'assureur est donc un intermédiaire qui ne peut pas prendre la place de l'assuré pour courir le risque de celui-ci. L'assureur tâche de réunir le plus grand nombre possible de personnes exposées à un même risque ou à des risques analogues.

Les sinistres causés par des risques se produisent avec une régularité plus ou moins constante, qui est dégagée par des observations statistiques portant sur un grand nombre d'années et de cas concrets et qui présentent des oscillations autour d'un chiffre moyen.

Les pertes totales des sinistres annuels répartis sur des personnes assurées, font que chacune d'elles n'est plus exposée à un risque trop lourd qui pourrait la ruiner ou l'appauvrir. En retour, les personnes assurées consentent un sacrifice pécuniaire sous forme de *primes* ou *cotisations annuelles*, suffisantes pour faire face aux pertes annuelles de l'ensemble du groupe et que l'assureur verse dans la masse commune, déduction faite des frais statutaires.

« L'assurance est la compensation des effets du hasard par la mutualité organisée suivant les lois de la statistique. » (Colin et Capitant.)

Pour établir approximativement le montant de la cotisation de chaque assuré, il faut connaître les chances de réalisation du risque grâce à l'observation, à l'aide de la statistique, des risques assurés portant sur un grand nombre de cas pendant une longue suite d'années : c'est *le calcul des probabilités*.

Plus le nombre des assurés sera grand, moins lourde sera la prime, car le fardeau du risque sera réparti sur un grand nombre de têtes : c'est *la loi des grands nombres*.

Mais on ne peut pas assurer tous les risques indistinctement : les mauvais écraseraient les bons. Il faut donc faire *la sélection des risques*.

Il ne faut pas restreindre l'assurance aux assurés d'une seule région ; il ne faut pas de même restreindre l'assurance à une seule catégorie de risques : le sinistre collectif pourrait ruiner les assurés. Les risques répartis entre un grand nombre de personnes

exposées à des risques différents qui ne pourront se produire tous à la fois, permettront d'établir une moyenne supportable pour l'assureur : c'est *la division des risques*.

Ces quatre principes : calcul des probabilités, loi des grands nombres, sélection et division des risques doivent être à la base d'une assurance normale.

L'assurance a comme but essentiel d'indemniser l'assuré du préjudice subi par lui, mais ne peut pas être une source de bénéfices pour l'assuré. Il ne faut pas que l'assurance inspire à l'assuré la pensée coupable de provoquer le sinistre pour réaliser un bénéfice.

Les objets de l'assurance peuvent être les plus variés, mais elle doit toujours garder son caractère d'acte de prévoyance. Il y a deux grandes catégories d'assurances : les assurances maritimes et les assurances terrestres.

Les assurances terrestres sont classées d'après l'objet auquel elles s'appliquent en assurances de choses ou de personnes. Dans cette dernière catégorie rentrent l'assurance sur la vie, contre l'accident, l'invalidité, la vieillesse, la maladie. Les assurances sur la vie ont une place à part dans l'assurance de personnes.

L'assurance-maladie, sous la forme moderne que nous allons étudier, présente les caractères d'une assurance de personnes en même temps que ceux de l'assurance de choses, parce qu'elle garantit contre les dépenses occasionnées par la maladie.

Les entreprises privées d'assurance pratiquent l'assurance soit sous la forme de sociétés anonymes ou en commandite par actions (c'est l'assurance dite à prime fixe), soit sous la forme de sociétés mutuelles et en matière d'accident de travail, de syndicats de garantie (mutualité avec solidarité), avec prime mutuelle.

Dans l'assurance à prime fixe, l'assureur perçoit une prime dont le montant est fixé définitivement et ne sera ni augmenté ni diminué quel que soit le résultat de l'exercice social, ainsi que le nombre et l'importance des sinistres de l'année.

Dans l'assurance mutuelle, au contraire, l'adhérent réunissant les deux qualités d'assureur et d'assuré, la cotisation n'est pas arrêtée immuable au début de l'exercice, mais elle est susceptible de varier suivant les résultats de celui-ci. Elle se liquidera à la fin de l'année d'après le nombre et l'importance des sinistres, auxquels viennent s'ajouter les frais de gestion. Si la cotisation perçue au début de l'année a été trop forte, il y a lieu à restituer (ristourne) au profit de l'adhérent ; si elle a été trop faible, on procédera à un rappel de cotisation ou bien l'indemnité à payer aux assurés sinistrés sera diminuée proportionnellement. Ces organisations ne sont pas des institutions philanthropiques.

Les sociétés par actions sont des sociétés commerciales tandis que les mutuelles, sont des sociétés civiles.

Les sociétés de secours mutuels sont tout à fait

différentes des sociétés d'assurances mutuelles. Les sociétés de secours mutuels sont des groupements philanthropiques contre certains risques que court la personne humaine. Elles sont destinées à donner à leurs adhérents des secours en cas de maladie, de chômage involontaire, des retraites en cas d'invalidité, de vieillesse, de décès. Leur administration est gratuite, ainsi que le recrutement de leurs adhérents. Leurs opérations relèvent en partie de l'assistance (cotisation des membres honoraires, subvention de l'Etat).

Technique de l'assurance-maladie

Toutes les institutions d'assurance, que ce soit l'Etat (pour les assurances sociales) ou les mutuelles, ou enfin les Compagnies d'assurance, pour bien mener leurs affaires, doivent fonder leurs opérations sur des bases scientifiques.

L'actuariat est le service technique de la Compagnie qui opère avec les renseignements que fournit le calcul des probabilités au moyen de la statistique. Il est chargé de l'établissement des tarifs, des primes, du calcul des combinaisons sortant du tarif ordinaire, de l'établissement des réserves mathématiques, etc., des études statistiques sur la mortalité et sur toute autre matière.

Pour établir le taux des primes et des bénéfices, les assurances sont obligées de recourir à des statistiques étendues, dont les actuaires s'efforcent de tirer les formules mathématiques nécessaires au calcul. Ils font entrer dans ces formules tous les éléments qui peuvent avoir une influence sur le risque.

Dans l'assurance-vie et l'assurance-accident, il a été possible d'établir des bases solides de calcul, grâce à

une longue expérience qui a permis de créer une statistique très complète.

Dans l'assurance-vie, la prime est déterminée mathématiquement au moyen du calcul de probabilité exécuté à l'aide des *Tables de mortalité*. En France les tables de mortalité employées jusque vers le milieu du XIX^e siècle furent celles de Deparcieux (1746) et de Duvillard (1806). Depuis 1860 environ, les Compagnies françaises emploient des tables dressées d'après leurs propres observations sous le nom de tables AF (assurés français) et RF (rentiers français). D'autre part, la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse a publié une table dite CR (Caisse des retraites) d'après ses documents statistiques.

L'assurance-maladie est trop jeune, surtout en France, pour pouvoir disposer de données statistiques suffisantes. D'autre part, elle présente des particularités qui la rendent, du point de vue actuariel, plus complexe et moins favorable à la cristallisation de ses lois en formules mathématiques.

Il faut considérer dans l'assurance-maladie l'âge, le sexe, la profession, l'état de santé, les antécédents personnels et héréditaires. La plupart de ces éléments peuvent à la rigueur trouver une expression mathématique. Mais comment faire entrer dans des formules les moments psychologiques qui interviennent si souvent dans la pratique de l'assurance-maladie ?

La valeur intellectuelle et morale du candidat, de son milieu, l'état de son psychisme et de son système nerveux, enfin ses aptitudes plus ou moins grandes à

la simulation, sont des éléments d'une importance capitale, qui pourtant ne peuvent pas être fixés numériquement.

Il y a donc une grande subjectivité du risque ; l'assuré peut répéter le risque aussi souvent qu'il le veut, d'après l'impression subjective d'un malaise qui l'incite ou non à consulter un médecin.

Ces grosses difficultés ne permettront peut-être jamais de résoudre le problème mathématiquement. Dans l'assurance-maladie, la tâche de l'actuaire sera limitée à suivre au point de vue statistique, le développement des différentes catégories de dépenses, à étudier la dépense moyenne, la fréquence, la durée de certains sinistres, l'influence de l'âge et du sexe de l'assuré. Il pourra tirer de telles recherches statistiques des conclusions utiles pour le développement de cette branche d'assurance. Mais il y aura toujours des éléments d'instabilité troublant les calculs et qui ne permettront pas l'emploi de méthodes purement actuarielles.

Néanmoins, les actuaires ne désespèrent pas de trouver avec le temps une solution satisfaisante de ces problèmes. L'étude de ces questions a été très active ces dernières années, notamment en Allemagne et en Suisse. Beaucoup de ces travaux ont un grand intérêt médical. Nous citerons par exemple, les statistiques publiées par la Caisse locale d'assurance-maladie de Berlin. Ces statistiques font ressortir une augmentation du nombre des maladies rhumatismales et nerveuses et un recul de la tuberculose. Des

travaux analogues ont été publiés en Angleterre par le D^r Hill dans le *Journal of the Royal Statistical Society*. Ces statistiques ont relevé en outre, que le nombre de vieillards augmente dans les nations européennes occidentales. Le taux élevé de morbidité à l'âge avancé est le résultat de l'abaissement de la moyenne de mortalité. Ces données doivent être prises en considération par les Compagnies d'assurance. Cela explique la nécessité d'imposer une limite d'âge pour l'assurance-maladie.

Pour se défendre contre les mauvais risques, les Compagnies ont dû instituer un délai de carence pendant lequel aucune prestation n'est payée ; elles ont fixé le maximum du montant et de la durée des prestations ; un certain nombre de maladies a été éliminé des prestations ; enfin, le remboursement des frais n'est que partiel pour forcer l'assuré à participer aux dépenses. En dernier lieu, la Compagnie a le droit de dénoncer le contrat, si elle considère que le risque est trop mauvais.

Pour tirer des données statistiques un instrument de calcul utilisable, on a dressé des Tables de morbidité. Celles-ci indiquent combien de jours de maladie tombent en moyenne sur une personne d'un âge défini, dans le courant d'une année. Elles donnent sous forme d'échelle, pour chaque nombre entier X , le nombre moyen KX de jours pendant lesquels une personne d'un âge de $(X + 1)$ ans sera malade. La durée de la maladie KX est calculée en considérant un grand nombre Ax de personnes depuis leur

âge x à l'âge $x + 1$, en notant le nombre de jours de maladie, de ceux d'entre eux qui tombent malades, en additionnant ces chiffres, qu'on divise enfin, par le nombre de personnes étudiées.

La première Table de morbidité a été établie en 1824 en Angleterre. Le riche matériel d'études dont pouvaient disposer les Sociétés de Secours Mutuels Anglais (Friendly Societies) a permis la publication d'autres Tables dont nous mentionnons celle de Heym, en Allemagne (1855). Citons encore la Table de morbidité des médecins, de Moser (1909), celle des Sociétés de Secours Mutuels de Suisse, par Le Cointe (1903), celle de S. Dumas (employés de chemin de fer suisses, 1911), celle des Professeurs Kinkelin, Leipzig, du Dr Riethmann et du Dr Grieshaber (Suisse).

Une des Tables les plus utilisées est celle publiée par le Professeur Manes dans son *Dictionnaire des Assurances* (1924) ; nous la donnons ici à titre d'information :

Age	Jours de maladie	Age	Jours de maladie
16	5,681	31	5,429
17	5,722	32	5,677
18	5,768	33	5,787
19	5,819	34	5,837
20	5,875	35	5,944
21	5,773	40	7,174
22	5,671	45	7,991
23	5,409	50	8,805
24	5,319	55	12,273
25	5,167	60	17,114
26	5,061	65	22,821
27	4,975	70	33,204
28	5,015	75	49,455
29	5,207	80	68,764
30	5,335		

Il n'existe pas encore de Table française de morbidité générale. Citons ici les Etudes sur la morbidité dans le Corps médical en France du Dr H. Mignon (1928) et le travail de G. Ichok (1928), sur la morbidité et la mortalité du Corps médical, basé sur les documents du B. I. T. à Genève. Il est certain que de telles études paraîtront quand il sera possible d'utiliser les statistiques des Assurances Sociales, de l'Assistance Publique et des Corporations Professionnelles.

Malheureusement, les Tables de morbidité connues jusqu'à présent, ne peuvent être comparées entre elles, étant établies par des méthodes différentes. Pour être vraiment utiles, les Tables devraient tenir compte en dehors de l'âge — du sexe, de la profession et du milieu social.

L'assurance-maladie exige une vérification technique périodique et un contrôle constant des bases de calcul. Les Compagnies allemandes ont dû relever à plusieurs reprises le taux des primes et recourir à des moyens divers pour diminuer la fréquence et l'importance des prestations, par exemple, en éliminant des prestations certaines maladies, en établissant des délais prolongés de carence, etc.

Jusqu'à présent, le calcul est entièrement empirique et basé sur des données insuffisantes, pour pouvoir déterminer utilement le taux des primes à appliquer aux différentes catégories d'assurés.

Les essais de calcul mathématique sont peu nombreux. Citons celui de Berend Feddersen (1935),

qui paraît être une méthode relativement simple.

Un grand danger réside dans le vieillissement des portefeuilles dont il faut tenir compte, l'âge jouant un rôle primordial dans la fréquence des risques. Le risque assuré devient plus mauvais au fur et à mesure qu'il vieillit ; plus l'assuré vieillit, plus il est susceptible de contracter des maladies et plus sa force de résistance s'affaiblit ; il y a donc probabilité d'augmentation de dépenses pour la Compagnie. Dans toutes les Tables de morbidité on constate, que le nombre de jours de maladie augmente avec l'âge des assurés.

La prolongation de la police par tacite reconduction et chaque fois pour la durée d'un an (comme cela se pratique par la plupart des Compagnies) la prime restant égale, n'est pas considérée comme pratique par certains auteurs, étant mathématiquement une absurdité.

Deux facteurs principaux jouent dans l'assurance-maladie ; la fréquence et la durée, et dominent le taux de la prestation.

Deux sortes de primes peuvent correspondre à cette situation : la prime de risques et la prime constante pendant toute la durée du contrat.

A. — *La prime de risques* doit être composée de telle sorte qu'elle couvre pour l'année les dépenses (probables ou calculées) que l'assuré causera pendant cette période. Cette prime est égale au risque. Les prestations annuelles probables reviennent à l'assuré

en contre-partie de sa prime. A la fin de l'année de l'assurance, les entrées et les dépenses sont égales. Il n'est pas besoin d'une réserve pour risques en cours ni d'une police envisageant une durée fixe. C'est une méthode qui fait abstraction de la capitalisation, de même que celle employée dans la réassurance-vie.

B. — *Une prime constante*, pour un risque allant en augmentant pendant toute la durée de la période d'assurance doit être obligatoirement une prime moyenne. Donc, les prestations que paie la Compagnie et la prime payée par l'assuré doivent se compenser aussi bien dans la première année de l'assurance que dans la dernière, et dans celle-là la prime doit toujours se trouver légèrement supérieure au risque.

La partie de la prime non employée au cours de la première année sert à constituer une réserve pour risque en cours ou sert à la couverture dont l'emploi est à prévoir pour la dernière année de la police (à ce moment le risque est plus grand que la prime).

Donc, dans le cas d'une prime fixe il est nécessaire de créer un capital de couverture, mais alors le calcul doit avoir pour base une durée d'assurance fixe, autrement il serait impossible de calculer la prime. A la fin de la dernière année d'assurance, les réserves doivent être employées. Si la période se prolongeait même d'une seule année, l'assureur se trouverait

devant un risque augmenté pour lequel, il n'aurait pas les réserves nécessaires pour compenser l'insuffisance des primes. Toute prolongation de la période d'assurance sans augmentation de prime, apporterait à l'assureur une perte certaine. Si, en cas de sortie prématurée de l'assuré, l'assureur possède une réserve, on peut la considérer en partie comme une valeur de rachat.

Donc, la durée d'assurance servant de base au calcul des primes, ne peut être considérée que comme une durée maxima ; toute prolongation doit être accompagnée d'une augmentation du taux de la prime qui sera fonction de la nouvelle durée envisagée ; il est alors nécessaire d'établir un nouveau contrat. Cela revient à dire que nous avons ici la même méthode que dans l'assurance-vie ; primes constantes, mais durée fixée d'avance.

Mais l'assurance-maladie ne calcule pas ses primes en se basant sur la durée maxima et ne constitue pas de réserve mathématique. La plupart des Compagnies ont adopté la prime de risque appliquée à chaque individu. Celle-ci a l'inconvénient de forcer l'assuré à effectuer des versements toujours plus grands au fur et à mesure qu'il avance en âge.

En tout cas, l'assurance-maladie a besoin d'une vérification technique périodique et d'un contrôle continu des bases de calcul.

L'assurance-maladie et l'assurance-vie

En considérant le risque assuré, on peut formuler schématiquement ainsi les principes fondamentaux de toute assurance : le risque éventuel doit dépendre du hasard, il doit se passer dans l'avenir, enfin, il doit pouvoir être constaté objectivement.

Ces conditions nécessaires sont bien remplies dans l'assurance-vie, comme d'ailleurs dans d'autres types courants d'assurance (accidents, incendies,.....).

Dans l'assurance-maladie par contre, nous nous heurtons d'emblée à des difficultés évidentes dans la recherche de ces principes fondamentaux.

En ce qui concerne le hasard, nous devons compter d'abord avec la possibilité d'auto-suggestion et parfois avec la simulation d'une maladie inexistante. D'autre part, interviennent ici les *maladies antérieures* au moment de l'entrée du candidat, ses antécédents personnels et héréditaires. Dans l'assurance-vie, ces questions ont pu être en parties réglées grâce aux tableaux de morbidité et de mortalité établis sur des données statistiques très étendues et sur une expérience presque séculaire. Ces tableaux permettent de

calculer l'aggravation d'un risque causé par une maladie antérieure. Ces calculs ont permis la création d'une variété d'assurance-vie, l'assurance des risques aggravés, depuis peu introduite en France, qui permet d'assurer à l'aide de surprimes, des candidats ayant eu une maladie antérieure à leur entrée, même si elle a laissé des traces dans l'organisme.

En acceptant avec surprime un assuré sur la vie physiquement amoindri, les principes fondamentaux mentionnés ci-dessus sont toujours respectés : l'événement assuré dépend toujours du hasard, est situé dans l'avenir et peut être constaté objectivement.

Dans l'assurance-maladie un tel cas se présenterait différemment. On ne pourrait plus dire que le risque assuré, la maladie, dépende du hasard, l'événement lui-même n'est pas dans l'avenir, mais dans le passé, et si la maladie est latente, même dans le présent. La Compagnie assurera donc un sinistre certain, d'une importance inconnue.

Tant que l'assurance-maladie du type d'avant-guerre émettait des polices permanentes avec examen médical obligatoire, elle exigeait une sélection plus sévère même que pour l'assurance-vie.

Le sujet qui jouit d'une bonne santé, ne pense que rarement à la maladie possible. Il considère son avenir uniquement d'après son passé. Même avec des antécédents personnels un peu défectueux, si ses antécédents héréditaires sont favorables, si ses parents ont vécu jusqu'à un âge avancé, il ne se souciera que rarement de prévoir une maladie éventuelle.

Le fait de l'insécurité de la vie est accepté plus facilement par un homme conscient de son infériorité vitale, que par celui qui s'enorgueillit d'une constitution robuste. Le sujet faible physiquement est conscient de son état, des frais et des pertes que la maladie possible pourrait lui occasionner, et il sera par conséquent plus enclin à contracter une assurance-maladie.

D'où la nécessité pour les Compagnies de sélectionner sérieusement les candidats. Beaucoup de risques très acceptables pour une assurance-vie peuvent devenir désastreux pour une assurance-maladie.

La pratique d'acceptation dans la nouvelle assurance-maladie sans examen médical a incité les Compagnies à chercher des moyens de défense indirecte contre les mauvais risques, dont nous parlerons plus loin.

La troisième condition à remplir, l'objectivité de la constatation de l'événement assuré, prend en assurance-maladie une importance considérable. Nous nous heurtons ici à une question de pathologie générale : la définition de la maladie. Mais cette question ne peut être considérée ici scientifiquement ; il faut une définition à l'usage « technique » de l'assurance. Voici une des définitions adoptées : « Une maladie est caractérisée par une altération de la santé, état constaté par une autorité médicale compétente ».

Mais cet état est souvent difficile à constater objectivement et l'élément subjectif peut l'influencer considérablement. La définition juridique de la maladie

ainsi que la constatation du *début* de la maladie jouent dans l'assurance-maladie un rôle considérable ; nous retrouvons ici le problème des « maladies antérieures ».

Il peut y avoir encore divergence de vue entre assureur et assuré d'après le moment considéré. En contractant une assurance-maladie, l'assuré a tout intérêt à souligner le bon état de sa santé, mais l'assureur s'efforcera de déceler les états pathologiques actifs ou latents. Une fois l'assurance contractée, l'assuré aura au contraire, tendance à exagérer l'importance et la durée d'un état maladif éventuel, mais l'assureur à son tour cherchera à le minimiser.

Dans l'assurance sur la vie, les intérêts de l'assuré coïncident avec ceux de l'assureur. L'instinct de conservation incite l'assuré à prolonger le plus possible son existence, et la Compagnie a le plus grand intérêt elle-même à la conservation de cette existence.

Les Compagnies américaines ont tiré de ce truisme les conclusions les plus logiques comme nous le verrons plus bas, en organisant le Service de Santé à l'intention de leurs clients.

Dans l'assurance-maladie les intérêts de la Compagnie et ceux de l'assuré sont divergents. Les assurés, poussés par le même instinct de conservation et encouragés par les facilités que leur accorde l'assurance, auront souvent tendance à en abuser. Ils accorderont plus facilement attention à des maux insignifiants et le danger n'est pas exclu pour quelques-uns d'entre eux de devenir sinon des malades imaginaires,

du moins des malades trop sensibles et trop inquiets, et de présenter ainsi un état hypochondriaque. Nous voyons donc que l'assurance-maladie est toujours subordonnée à des éléments subjectifs qui influent souvent sur l'importance du sinistre.

Les charges causées par ces particularités font que l'assurance-maladie risque de devenir peu avantageuse, voire ruineuse pour la Compagnie. Celles-ci sont obligées de veiller à ce que le fonctionnement de l'assurance soit adapté le plus possible aux circonstances, à ce que toutes les opérations soient effectuées avec un maximum de prudence, surtout à l'acceptation, et enfin, elles sont obligées de rechercher minutieusement de nouveaux moyens pour dépister les mauvais risques. Rappelons encore le fait que (l'assurance dite populaire à part), l'assurance-vie exige l'examen médical préalable qui est une des meilleures garanties pour l'assureur.

Nous voyons par conséquent, que l'assurance-maladie pose des problèmes médicaux et techniques beaucoup plus compliqués et difficiles à résoudre que l'assurance-vie. L'assurance-vie diffère totalement du point de vue technique de l'assurance-maladie et s'y oppose par ses principes fondamentaux.

Néanmoins, au point de vue humain les deux assurances devraient être et sont effectivement étroitement liées. On peut espérer que les efforts des spécialistes de l'assurance aboutiront un jour à l'association intime des deux branches. Nous ne pouvons évidemment donner aucune indication technique à ce

sujet, laissant ce domaine aux actuaires. Mais nous croyons que cette liaison future correspond à une logique profonde, qui parviendra à vaincre toutes les difficultés techniques.

Cette conviction nous incite à nous attarder un peu plus sur un auxiliaire nouveau et récent de l'assurance-vie, encore peu connu en France. Il s'agit du *Service de Santé* créé par les Compagnies d'assurance sur la vie. Ce sujet n'a qu'un rapport indirect et pour le moment éloigné avec l'assurance-maladie qui nous préoccupe. Mais nous croyons que du point de vue médical la question est trop intéressante pour ne pas être mentionnée. Cette question a été largement traitée au Congrès International de Médecine de l'assurance-vie de Londres (1935) où les délégués américain et allemand ont lu des communications très complètes sur ce sujet, suivies d'une discussion à laquelle ont participé les délégués de nombreux pays. La France n'a pas pris part au débat.

Il y eut un temps où l'assurance-vie se passait presque entièrement de la médecine, et c'est relativement tard qu'elle commença à entrer en contact avec cette dernière. La réalisation d'une médecine d'assurance se dessina à partir du moment où au diagnostic, qui devait décider de la question assurable ou non assurable, s'ajouta un pronostic nuancé. On construisit des tables de classification des périls pour la vie, établies sur la base de statistiques étendues relatives à la mortalité des assurés de santé déficiente.

Une nouvelle période dans le développement de la

médecine d'assurance commence avec l'introduction du « Service de Santé ». Cette innovation ne représente pas seulement une amélioration, mais aussi l'entrée d'un principe nouveau dans la pratique de l'assurance-vie.

L'assurance-vie était basée jusqu'à présent, sur l'expertise médicale qui avait comme principale mission d'éliminer les mauvais risques ou de reconnaître les risques aggravés. En dehors de l'expertise, le travail médical consistait encore dans la classification des observations, la statistique médicale, le perfectionnement du diagnostic, etc. Par le Service de Santé, la médecine d'assurance s'attaque à une tâche nouvelle, qui est plus près de la mission du médecin comme gardien de la santé : le problème du maintien de la santé de l'assuré. C'est l'essai d'une véritable prophylaxie.

Qu'est-ce que le Service de Santé de l'assurance-vie ? C'est le moyen d'inciter l'assuré à prendre soin lui-même de sa santé, à faire le nécessaire dans ce but et à l'empêcher de faire ce qui peut lui nuire. Une prémisses indispensable est de pouvoir découvrir à temps les maladies éventuelles qui menacent l'assuré. Pour ce faire, on l'invite à subir des examens médicaux périodiques et à faire faire des analyses élémentaires en pleine santé apparente.

C'est la prophylaxie individuelle systématique, périodique et gratuite.

Les économistes ont exprimé les premiers l'idée que l'assurance de la vie n'est qu'un palliatif, et que

du point de vue de l'économie sociale, il serait important de créer une prévention des maladies. Cette idée fut exprimée pour la première fois par Edmond About dans son livre *L'Assurance* (Paris, 1865). Des médecins développèrent à peu près en même temps la même idée ; elle se concrétisa d'une part dans la demande d'une propagande générale des règles d'hygiène, et d'autre part, dans la recommandation des examens médicaux périodiques en pleine santé.

En France, dès 1902, Barès préconisa, au VI^e Congrès médical de Toulouse, les examens périodiques pour enrayer le développement des maladies à marche lente.

En Angleterre, Horace Dobell reconnut l'importance des examens précoces dans les maladies chroniques (1861).

Ces idées ont trouvé un écho en Amérique dès 1900, dans un travail de Gould, de Burnside Forster (1902), de Campbell (1904), de Louis Fougères Bishop (1906), et de Fisk (1907). Ce dernier recommandait déjà le Service de Santé prophylactique comme auxiliaire de l'assurance-vie.

En Allemagne, l'hygiéniste Buchner de Munich, mentionne dès 1890, la nécessité de l'examen médical périodique ; le Professeur Neisser demande en 1903, cet examen périodique pour tous les assurés sociaux et privés.

Mais tous ces desiderata restèrent en Europe dans le domaine théorique. C'est en Amérique seulement qu'eut lieu dès 1909, la première réalisation pratique.

L. K. Frankel de la Compagnie « Metropolitan » commença d'abord à distribuer aux assurés une littérature instructive, et en 1911, il inaugura les examens périodiques avec l'aide du « Life Extension Institute ». Les réalisations importantes de Frankel ont eu une influence féconde sur le développement de cette idée dans le monde entier.

Aux *Etats-Unis*, le Service de Santé a eu rapidement une grande extension, mais il y eut bientôt conflit avec le Corps médical. En effet, la plupart des Compagnies n'admettait ni le libre choix du médecin, ni le respect du secret professionnel. Mais bientôt les Compagnies durent céder sous la pression du Corps médical et du public, et donnèrent le droit aux assurés de choisir entre le « Life Extension Institute » et le médecin particulier. Ce dernier a été préféré dans 68 % des cas ; en 1933, ce pourcentage en faveur du libre choix monte à 82 %.

L'examen médical se fait suivant les instructions établies par le « Life Extension Institute », par la « American Medical Association », etc., qui mettent des formulaires imprimés à la disposition des médecins. Plus d'un tiers de toutes les Compagnies américaines offrent à leurs assurés les services gratuits d'une organisation médicale préventive.

Au *Canada*, une propagande écrite est faite en anglais et en français. Le Service de Santé est organisé en commun par toutes les Compagnies d'assurance-vie et en contact étroit avec le Corps médical. La « Life Insurance Officers Association » a formé un

Comité d'hygiène par l'entremise duquel les Compagnies d'assurance-vie du Canada prêtent leur concours à des œuvres médico-sanitaires d'intérêt public.

Ce Comité a créé :

- 1° Une campagne contre la tuberculose dans les provinces maritimes ;
- 2° Un Conseil canadien pour la sauvegarde de l'enfance et de la famille (circulaires aux mères avant et après l'accouchement) ;
- 3° Un Conseil d'hygiène dentaire ; des campagnes annuelles sur l'hygiène de la bouche ;
- 4° Une association médicale canadienne qui publie dans plusieurs journaux du Canada des articles d'hygiène générale ;
- 5° En 1931, est créé le « Canadian Medical Institute » où tout médecin peut examiner l'assuré qui le lui demande pour une rémunération fixe ; donc, libre choix du médecin.

Au *Japon* : organisation très complète d'un Service de Santé dès 1922. Des brochures, des feuilles volantes, des films cinématographiques de propagande ont été édités. Des médecins-voyageurs visitent les petites localités pour le compte des Compagnies.

En *Angleterre* : dès 1923, différentes Compagnies introduisent le Service de Santé et font de la propagande écrite.

En *Suède* : il existe un S. de S. ayant pour but principal, la lutte contre la tuberculose.

En *Suisse* : dès 1925, la Compagnie « Vita » adopte

le S. de S. et le développe tellement, que ce service devient un modèle pour toute l'Europe. Elle préconise la première, le libre choix du médecin. Elle renonce au rapport médical, et l'assuré a la certitude que le secret professionnel est respecté.

La Compagnie édite des brochures de propagande en français, italien et allemand, un journal d'hygiène franco-allemand qui est envoyé aux assurés, et plusieurs films de propagande.

En *Allemagne* : le S. de S. a été introduit en 1925 et y a pris une grande extension grâce à la création d'un organisme central, la « Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung (Société Centrale allemande pour le Service de Santé de l'assurance sur la vie) qui réunit 27 Compagnies différentes. Cette société centralise tout le matériel scientifique, statistique et de propagande. Elle possède une bibliothèque où tout ce qui se réfère au S. de S. du monde entier est représenté. Elle organise des expositions, des conférences, édite des journaux illustrés qu'elle envoie aux assurés, différentes brochures, etc. Tout cela établit un contact étroit entre les Compagnies et les assurés.

Le choix du médecin est libre. Le travail du médecin est simplifié par des formules imprimées. Le secret médical est respecté. La Compagnie est seulement informée que le cœur, les poumons, le foie, ont été examinés, la présence d'albumine et de sucre dans l'urine recherchée, mais elle n'apprend rien sur le résultat de l'examen.

Ont droit à ces examens périodiques (tous les 3 ans) et gratuits, tous les assurés sur la vie pour la somme minima variant entre 3.000-8.000 R. M. La majorité du Corps médical est favorable à cette innovation. En 1935, il y avait 360.000 assurés privés ayant droit à des examens périodiques gratuits ; de ce nombre 40 % en ont déjà fait usage.

Les Compagnies accordent en outre, si une opération a été jugée nécessaire, une avance sans intérêts, concédée aux sujets assurés depuis au moins trois ans et pour une somme minima de 3.000 R. M. ; l'assuré doit lui-même verser 25 % des frais.

Une Compagnie allemande (Alte Leipziger) a publié dernièrement (1935), des résultats intéressants sur le fonctionnement de son Service de Santé.

En 1931, 32,33 % des assurés ont eu recours au S. de S. La mortalité des assurés examinés est plus basse que celle des non examinés. Pendant trois ans, la réduction était de 20,9 % par rapport au nombre d'assurances conclues, et 23,4 % par rapport aux sommes assurées.

La Compagnie n'est pas renseignée sur les résultats des examens ; on ne peut pas indiquer dans quelle mesure des maladies latentes ont été découvertes chez les assurés soumis à l'examen. Cependant les résultats obtenus confirment la Compagnie dans sa conviction que les frais occasionnés par le S. de S. sont justifiés par la mortalité réduite des assurés soumis à des examens périodiques.

En *France*, depuis 1926, la Compagnie « Le Nord »,

donne des conseils écrits à ses assurés. Les assurés de Paris ont droit à une consultation médicale gratuite. Les assurés vivant hors Paris peuvent se faire examiner tous les cinq ans, s'ils sont assurés pour au moins 25.000 francs ; tous les trois ans, si la somme est de 100.000 francs. L'examen médical est fait par les médecins de la Compagnie et portent surtout sur les poumons, le cœur, la tension artérielle, le foie, les réflexes et l'urine. Un examen radiologique peut être accordé si nécessaire. Le médecin garde le secret professionnel envers la Compagnie ; il ne fait mention de l'examen de l'assuré que lors de la demande de ses honoraires. Il donne à l'examiné des conseils d'hygiène et, si nécessaire, de traitement. La Compagnie accorde en outre des avances à un taux modéré sur la somme assurée, s'il y a besoin vital d'opération chirurgicale. La Compagnie édite également plusieurs brochures de propagande d'hygiène.

La « Compagnie générale d'assurance » accorde tous les un à quatre ans, des examens médicaux effectués par ses médecins attitrés. La périodicité des consultations est fixée d'après la durée des contrats et le montant des capitaux assurés.

Les Sociétés suisses « Vita » et « Neufchatelloise » accordent aussi des examens médicaux périodiques gratuits avec libre choix du médecin.

Nous nous arrêterons brièvement sur le rendement du Service de Santé. Il est bien difficile d'évaluer les résultats de la propagande, mais pour le service indi-

viduel médical il sera peut-être possible d'en faire une évaluation mathématique avec le temps.

Néanmoins, quelques grandes Compagnies ont déjà pu établir certaines données. Nous avons déjà mentionné plus haut les résultats obtenus par la « Alte Leipziger ». La Compagnie américaine « Metropolitan » a calculé que pour chaque dollar dépensé pour le S. de S., un bénéfice de 2 dollars a pu être constaté. Elle s'est basée dans ses calculs sur la chute du nombre des décès. Dans les dépenses engagées, celles occasionnées par les examens périodiques sont peu élevées. La Société suisse « Vita » qui pratique les examens périodiques d'une façon très libérale, a réduit dernièrement la période séparant ces examens de trois à deux ans.

Se basant sur des données concordantes dans leurs grandes lignes, le Dr Neustätter (Congrès International de Médecine d'assurance sur la vie, Londres, 1935) affirme que la diminution de la mortalité parmi les assurés périodiquement examinés est de 10 à 20 %.

En ce qui concerne l'accueil que les assurés font aux examens périodiques, les chiffres connus varient entre les pays; ils sont partout en augmentation constante. En supposant que cent personnes se soient soumises aux examens périodiques il y a dix ans, on a calculé qu'aujourd'hui y font appel : aux Etats-Unis 200 personnes, en Europe 245, au Japon de 500 à 600. En Allemagne, pendant la période de 1925 à 1934, ce chiffre a triplé.

Le pourcentage parmi les ayants droit à cet examen

a été calculé par la « Metropolitan » à 7 % ; elle constata que le nombre des assurés augmente de quatre à cinq fois, tandis que le nombre des assurés utilisant les examens périodiques augmente pendant le même laps de temps de douze fois.

En Europe, le pourcentage des assurés se soumettant à cet examen a monté de 20 % à 35-50 %. Le faible chiffre américain s'explique par le fait que le libre choix du médecin n'y a été introduit que tardivement.

Quant aux différences entre les diverses nations d'Europe, elles ne paraissent pas très importantes. La Compagnie suisse « Vita » qui fonctionne dans 6 pays différents dans les mêmes conditions, a pu constater les chiffres suivants d'utilisation par les assurés des examens périodiques :

Suisse 46,7 %, Belgique 51,6 %, Allemagne 47,1 %.
Hollande 39,6 %, Espagne 32,7 %, France 35,5 %.

En Italie, le pourcentage est de 50 % (Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Roma).

En Pologne et en Hongrie 55 % (Phœnix).

Il paraît établi que l'intérêt pour les examens périodiques est déjà grand et va en augmentant, et que même là où il est encore faible, le public se laisse influencer par une propagande bien menée. De nombreuses statistiques intéressant autant la médecine que l'assurance, s'accumulent et fourniront un jour des déductions utiles.

On peut affirmer dès aujourd'hui que le S. de S. dans l'assurance s'avèrera comme une très grande

valeur tant pour les assurés que pour la Compagnie elle-même, mais, une condition *sine qua non* s'est déjà dégagée de l'expérience acquise : ce n'est qu'en contact étroit et en collaboration intime avec le Corps médical que les Compagnies pourront assurer le bon fonctionnement de ce service et en tirer le maximum d'avantages,

L'assurance-maladie et l'assurance-accident

Nous avons vu que l'assurance-maladie s'est développée comme une branche de l'assurance-accident. La plupart des Compagnies d'assurance-maladie assurent sur la même police également les accidents possibles.

L'assurance contre les accidents a elle-même un caractère plus conforme aux autres types d'assurances ; ses caractères fondamentaux correspondent à ceux exigés par les assurances en général, à savoir : l'événement assuré est soumis au hasard, il appartient à l'avenir et peut être constaté d'une manière objective.

Ces critères sûrs permettent d'accorder aux assurés de plus grands avantages et des conditions plus favorables. Il n'y a pas de période d'attente. Une indemnité funéraire est accordée après une année d'assurance en cas de décès, et si la mort survient au plus tard douze mois après l'accident ; le montant de cette indemnité croît avec le nombre des années d'assurance.

La durée du droit aux prestations pour les acci-

dents survenus au cours des trois premiers mois d'assurance, est limitée à treize semaines à partir du jour de l'accident ; les prestations concernant un accident postérieur aux trois premiers mois d'assurance sont payées sur la base du tarif, sans limitation de durée.

L'assurance-maladie privée et les assurances sociales

La différence fondamentale entre l'assurance-maladie privée et facultative et les assurances sociales réside en premier lieu dans la question des antécédents qui ne jouent pas de rôle dans les assurances sociales.

Le problème des maladies anciennes, antérieures à la date de l'entrée du candidat n'existe que dans l'assurance-maladie privée. Les assurances sociales ne considèrent la maladie que du point de vue de la capacité du travail et du traitement éventuel. L'essentiel pour les assurances sociales n'est pas le diagnostic de la maladie et son origine, mais l'évaluation de la possibilité pour l'assuré de gagner sa vie. Cette attitude s'explique par le caractère obligatoire et social de cette assurance. La notion du risque pour l'assureur manque totalement dans l'assurance sociale. Le mécanisme de l'assurance-maladie privée, par contre, et son fonctionnement, sont basés sur cette notion du risque.

Les assurances sociales ne prennent en considération ni les maladies existantes, ni les maladies anté-

rieures, tandis que dans l'assurance-maladie privée, les Compagnies exigent que les assurés soient à l'entrée en parfait état de santé.

Les assurances sociales accordent des indemnités journalières qui, comme nous l'avons vu, ont disparu de la pratique de l'assurance-maladie privée. Cette dernière a de plus en plus tendance à faire participer les assurés aux frais. Toutes ces modalités ne sont que des moyens de défense des Compagnies contre des abus plus ou moins volontaires ; on ne peut pas nier que les indemnités journalières des assurances sociales soient souvent une incitation à prolonger indûment la durée d'un état de maladie.

Les Compagnies privées d'assurance, qui remplissent elles aussi un rôle social important, sont néanmoins des institutions privées, responsables devant leurs actionnaires et obligées de s'inquiéter avant tout de l'équilibre financier et de la gérance normale de leurs affaires. Elles sont forcées de se garantir par des moyens préventifs contre des risques onéreux et contre des abus possibles.

Formes spéciales de l'assurance-maladie

RISQUES CHIRURGICAUX.

Certaines Compagnies ont établi des polices spéciales garantissant seulement « le dommage pécuniaire résultant des interventions chirurgicales nécessaires à la guérison de certaines maladies ou suites d'accidents, ou devant éviter des complications lors d'un accouchement ».

Les conditions générales sont à peu près les mêmes que celles établies pour les assurances-maladie. Ici aussi, il y a des périodes d'attente ; les assurés ont droit, après 6 mois minimum, aux prestations pour couvrir les éventualités suivantes :

Interventions chirurgicales, actes médicaux dépendant de l'opération, soins de clinique ou d'hôpital, soins médicaux, médicaments et matériel de pansement, hydro-électrothérapie, massage, travaux de laboratoire, radiographie, transport de malades.

Les interventions à la naissance ne sont garanties qu'après un délai d'attente de douze mois.

Le taux de diverses prestations est en général un

peu plus élevé que celui pratiqué dans l'assurance-maladie. Les indemnités sont calculées, en règle, d'après les montants du tarif des Syndicats Médicaux. Les primes sont en général plus basses que celles de l'assurance-maladie.

Cette assurance du risque chirurgical est d'habitude individuelle, mais peut être contractée aussi par groupes, collective ou spéciale ; par exemple, il existe des assurances contre le risque chirurgical des collègues et lycées.

Il existe aussi des assurances-maladie spéciales comme par exemple, une assurance d'une « Indemnité quotidienne pour les médecins et dentistes » destinée à garantir le paiement d'une indemnité quotidienne pendant une période d'incapacité temporaire à exercer la profession par suite d'une maladie dûment constatée.

Les assurances familiales accordent des facilités progressives avec le nombre des membres de la famille. Le tarif familial est un tarif moyen représentant la somme des tarifs individuels appliqués à chacun des membres de la famille, mais nivelé et abaissé.

Les assurances collectives peuvent être destinées à des :

1° *Collectivités d'adultes* exerçant la même profession, ayant des besoins et des possibilités identiques. Ils se groupent d'habitude par l'intermédiaire d'un comité ou d'une autorité commune. La police peut être commune ou personnelle. Si le groupe est homogène,

on peut établir une police unique avec des tarifs intéressants ;

2^o *Groupes de familles* : ici les individus sont remplacés par des familles. Le tarif commun est fonction d'un tarif familial moyen. Chaque famille possède sa police et reste en rapport direct avec l'assureur. Ce contrat est appliqué généralement aux Syndicats professionnels, aux Fédérations, aux Associations diverses ;

3^o *Collectivités scolaires* : l'assurance-maladie complète le contrat-accident collectif.

* * *

Pour bien faire comprendre le mécanisme de l'assurance-maladie privée, prenons comme exemple la pratique d'une grande Compagnie française, dont nous donnons ci-dessous avec de brefs commentaires quelques extraits d'un modèle de police, de tarif et de proposition.

Ce mécanisme est dans ses grandes lignes et à peu de détails près, le même dans toutes les Compagnies.

La Police de l'assurance-maladie privée

Conditions générales.

Les organes d'assurance ont élaboré pour chacune de leurs branches un contrat-type, qui constitue l'ensemble des engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré ; c'est ce qu'on appelle *la police*. Dans toutes les polices il y a des clauses imprimées, dites *Conditions Générales*, qui sont à peu près analogues pour toutes les compagnies.

1^o OBJET DE L'ASSURANCE.

« La Compagnie s'engage à rembourser aux assurés pendant la durée du présent Contrat et dans les limites du tarif ci-dessous, le dommage pécuniaire résultant de l'Assistance Médicale rendue nécessaire par une maladie ou un accident. Elle s'engage également à verser un secours aux femmes en couches et accorde une indemnité aux ayants droit en cas de décès d'un assuré, par suite d'accident.

Il doit être admis :

1. Qu'une maladie est caractérisée par une altération de la santé, état constaté par une autorité médicale compétente ;
2. Qu'un accident est caractérisé par un événement extérieur et soudain, indépendant de la volonté de l'assuré, et susceptible de porter atteinte à son état corporel et à sa santé ».

2^o PERSONNE ASSURABLE.

« Sont assurables toutes personnes saines de corps et d'esprit n'ayant pas encore atteint l'âge de 65 ans ».

L'assurance peut être individuelle, familiale ou collective. Les femmes seules paient une surprime. Les enfants seuls peuvent être assurés à condition que le plus âgé paie les primes d'un adulte.

3^o ACCEPTATION DES PROPOSITIONS DES CANDIDATS.

« La Compagnie établit la Police d'Assurance sur la foi des indications écrites du Proposant, présumées exactes et sincères. Ces déclarations ainsi que les conditions générales et particulières de la Police, constituent la base unique et fondamentale du contrat d'assurance. Toutes omissions volontaires, dissimulations, indications fausses ou incomplètes de la part du Proposant sont passibles des sanctions prévues par les lois en vigueur et notamment par la loi du 13 juillet 1930, articles 21 et 22 ».

Donc, l'examen médical préalable n'est pas exigé.

« La Compagnie se réserve le droit de subordonner son acceptation à un examen sanitaire préalable par un médecin de son choix ; les honoraires de ce médecin sont à la charge du Proposant ».

La rédaction de la proposition (du questionnaire) a donc une grande importance, car c'est elle qui est censée remplacer l'examen médical, éliminé d'emblée par raisons d'économie.

4^o DURÉE DU CONTRAT ET DÉNONCIATION.

« La Police est souscrite pour la durée de la Compagnie, chaque partie se réservant le droit de la résilier tous les ans, à compter de la date de prise d'effet, moyennant un avis préalable d'un mois par lettre recommandée ».

5^o DROIT AUX PRESTATIONS, PÉRIODE D'ATTENTE.

« Des demandes de prestation ne peuvent être adressées à la Compagnie qu'à l'expiration de la période d'attente fixée dans le contrat et partant du premier jour d'assurance indiqué dans la Police.

Sauf conventions contraires fixées dans le Contrat, le souscripteur a droit :

Aux prestations du tarif <i>a-h</i>	après une période de	3 mois
—	<i>i</i>	— 6 mois.
—	<i>k et l</i>	— 12 mois.

Ces périodes d'attente sont appliquées également

en cas de changement de tarif, au droit à des prestations plus élevées ».

.
« En cas d'accident survenu après la date de prise d'effet de la Police et postérieurement au paiement de la première prime, les prestations *a-h* sont payables sans période d'attente.

Les maladies existantes au début de l'assurance, survenues pendant la période d'attente, ou qui se sont développées pendant cette période, ne donnent droit à aucune prestation, même au cas où elles dureraient encore à l'expiration de la dite période.

La Compagnie refuse également toute prestation pour une maladie qui, survenue pendant la période d'attente, ne donnerait lieu aux soins nécessaires qu'à l'expiration de cette période.

L'assuré doit, sur demande de la Compagnie, présenter un certificat médical indiquant l'origine et le caractère de la maladie. »

La période d'attente est une des principales armes de l'assureur contre les fraudes qu'il redoute. Comme nous voyons, elle varie avec les catégories des prestations, mais est la même pour tous les candidats (présumés en bonne santé). Il serait plus logique de la faire varier en tenant compte des antécédents de chaque candidat, et encore plus de son état général de santé. Mais celui-ci ne peut être déterminé que par un examen médical préalable et nullement, par un questionnaire, comme le pratiquent jusqu'à présent les assureurs.

La période d'attente, pour être efficace, devrait être fixée individuellement dans tous les cas où l'examen médical préalable donnerait l'éveil. Pour simplifier les choses on pourrait établir une liste de catégories de périodes d'attente d'après l'état physique des examinés.

6^o OBLIGATIONS EN CAS DE MALADIE.

« En cas de sinistre l'assuré est tenu d'en aviser par lettre la Compagnie, dans les dix jours qui suivent la première visite du médecin ; il doit rappeler le numéro de la police, indiquer son nom, son adresse, la nature de sa maladie, le nom et l'adresse du médecin traitant.

La Compagnie est en droit d'exiger de l'assuré tout renseignement concernant sa maladie ; elle peut, en particulier, lui demander de répondre explicitement à un questionnaire, se faire remettre des attestations médicales, dont elle prend les frais à sa charge.

La Compagnie est encore en droit de faire examiner à ses frais l'assuré malade par un médecin de son choix. L'assuré est tenu à se soumettre à un examen afin de ne pas perdre son droit aux prestations. Il peut toutefois exiger la présence, pendant l'examen, de son médecin traitant ».

7^o RISQUES EXCLUS.

« Sont exclus du droit aux prestations les maladies ou accidents provenant des causes suivantes :

Guerre civile ou extérieure, rixes, émeutes, duels, blessures volontaires, tentatives de suicide, usage de stupéfiants, négligence grossière ou coupable, compétitions sportives dangereuses, tentatives de record, pratique du rugby, de l'alpinisme sans guide, du yachting en haute mer, traversées sous-marines, voyages aériens.

Sont également exclues les conséquences de l'ivresse, les maladies professionnelles et les accidents du travail, lorsque ces maladies professionnelles et accidents du travail sont mis à la charge d'un tiers de par les dispositions légales en vigueur.

La pratique du foot-ball /association, des sports d'hiver, de l'alpinisme avec guide, de la boxe, et la conduite des véhicules à moteur peuvent être couverts moyennant une surprime.

La Compagnie ne rembourse aucune dépense ne correspondant pas à une maladie, notamment pour vaccination légalement obligatoire, chirurgie esthétique, certificats (non demandés par la Compagnie), désinfection, frais de voyage, rémunération du personnel sanitaire.

Au cours de séjours dans des stations thermales, des stations d'altitude, des sanatorias, etc., les prestations ne peuvent être accordées qu'après entente avec la Compagnie.

Les fausses couches, les accouchements avant terme, même par suite d'accident, les grossesses, les accouchements normaux et leurs suites ne sont pas considérées comme maladies au sens donné à ce mot

par les présentes conditions générales. Les soins et autres frais médicaux ne sont remboursés qu'en cas d'intervention chirurgicale à la naissance ou de maladie indépendante de la grossesse ».

8^o DISPOSITIONS GÉNÉRALES
CONCERNANT LES SOINS MÉDICAUX.

« L'assuré reste libre du choix de son médecin consultant ou spécialiste et de son dentiste. La Compagnie n'est tenue qu'au remboursement de notes d'honoraires provenant de médecins régulièrement *diplômés*, admis légalement à exercer en France, en Belgique, en Suisse ou au Luxembourg ; sont notamment exclus les guérisseurs et les autres personnes non diplômées »...

9^o DÉTAIL DE PRESTATIONS.

« ... la Compagnie s'engage à rembourser à ses assurés les frais exposés par eux pour :

- a) consultations de médecins ou de spécialistes ;
- b) médicaments (prescrits par ordonnance) ;
- c) transports des malades et éventuellement déplacement des médecins ;
- d) séjour à l'hôpital ou dans une clinique ;
- e) interventions chirurgicales ;
- f) analyses et radiographies (sur prescription du médecin) ;

- g) hydrothérapie, électrothérapie, massages (sur prescription du médecin) ;
- h) appareils individuels et appareils de prothèse d'un modèle courant (lunettes, bandages herniaires, bas en caoutchouc) ;
- i) soins dentaires ;
- k) accouchement ;
- l) décès par suite d'accident et douze mois au plus après celui-ci.

En cas d'accident survenant au cours des trois premiers mois d'assurance, la durée du droit aux prestations est limitée à treize semaines, à partir du jour de l'accident ; les prestations concernant un accident postérieur au troisième mois d'assurance sont payées sur la base du tarif sans limitation de durée. »

10° SOINS MÉDICAUX.

D'après le tarif populaire, la Compagnie rembourse la totalité des frais médicaux avec les maxima suivants :

- 20 francs pour une consultation de jour ;
- 35 francs pour une consultation de nuit ;
- 25 francs pour une visite à domicile de jour ;
- 50 francs pour une visite urgente de nuit, les dimanches et jours fériés.

En cas d'appel à un spécialiste la majoration de 30 % des maxima précédents ainsi qu'il est prévu au tarif, n'est appliquée que si le spécialiste agit dans le domaine de sa spécialité, et s'il est reconnu comme

spécialiste par les organismes médicaux compétents ;

Pour les actes médicaux courants, la Compagnie rembourse 75 % des frais et au maximum 75 % des montants figurant au tableau de base ci-joint.

Pour les séances d'injections sous-cutanées chez le médecin, les traitements par hypnotisme et psychothérapie, il est nécessaire d'obtenir au préalable l'accord écrit de la Compagnie.

Pour une maladie déterminée, la Compagnie ne rembourse que les frais correspondant à des soins donnés par un médecin unique. En cas d'appel à un second médecin, la Compagnie ne majore le taux de ses prestations qu'après avoir été avisée par le premier médecin traitant de la nécessité de cette consultation.

.

II° SONT EXCLUS DU DROIT AUX PRESTATIONS.

« ... les soins pour maladies mentales, le délire alcoolique, les dépressions nerveuses et réactions psychiques anormales, l'épilepsie.

Les cures de rajeunissement, les traitements esthétiques (soins de beauté, redressement nasal, etc.), les cures d'engraissement ou d'amaigrissement, à moins qu'ils ne soient nécessaires pour la guérison du malade ou le redressement d'un accidenté.

En cas de maladie vénérienne, l'indemnité est limitée par année d'assurance au chiffre de la prime annuelle versée par l'assuré atteint de cette maladie. »

12^o MÉDICAMENTS ET REMÈDES, APPAREILS, TRAITEMENTS,
TRANSPORT.

Les médicaments sont remboursés jusqu'à concurrence de 75 %.

Maximum 30 fr. par médicament.

Pour les produits pharmaceutiques ou spécialités d'un prix supérieur à 40 fr., l'approbation de la Compagnie est nécessaire.

Pour les travaux de laboratoire (analyses), radiographies, radioscopies, électrothérapie, bains médicaux, massages, etc., la Compagnie participe aux frais jusqu'à concurrence de 60 % et maximum pour 250 fr. par an, de même pour les appareils individuels et appareils de prothèse d'un modèle courant.

Frais de transport du malade et frais de déplacement du médecin : les premiers sont remboursés avec un maximum de 150 fr. par an, les seconds avec un maximum d'indemnité kilométrique de 500 fr. par an.

13^o SOINS DE CLINIQUE OU D'HÔPITAL.

A l'exclusion des frais annexes, sont remboursés 100 % avec un maximum de 30 fr. par jour. Pour les enfants au-dessous de 15 ans : 75 %, maximum 22 fr. 50 par jour.

14° INTERVENTIONS CHIRURGICALES.

Sont remboursées à 75 % maximum par opération : 75 % des montants du tableau de base des indemnités chirurgicales établis sur la moyenne des Tarifs minima des Syndicats Médicaux français. Maximum par an : 3.000 fr.

15° SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (*après une période d'attente de six mois*).

Remboursés à 75 %, maximum par dent 25 fr., par an 150 fr. Les prothèses dentaires sont exclues du tarif populaire.

16° ACCOUCHEMENT.

Après la première année d'assurance...	300 fr.
Après la troisième année d'assurance...	400 fr.
Après la cinquième année d'assurance..	500 fr.

En cas d'intervention chirurgicale, les prestations de clinique et de chirurgie s'ajoutent à cette indemnité.

17° INDEMNITÉS FUNÉRAIRES.

En cas de décès consécutif à un accident (exclusivement) et douze mois au plus après celui-ci, la Compagnie accorde :

Après la première année d'assurance...	1.500 fr.
Après la troisième année d'assurance...	2.500 fr.
Après la cinquième année d'assurance..	3.500 fr.

18^o RISTOURNES.

Au cas où aucune indemnité ne serait réclamée sur une police au cours d'une année-calendrier (1^{er} janvier-31 décembre), la Compagnie remboursera à l'assuré au début de l'année suivante, 25 % du montant de la dernière prime annuelle payée.

Tarifs.

Les tarifs sont le résultat d'une longue expérience et d'observations multiples. Ils sont fondés sur la statistique et ne sauraient avoir ni caractère immuable, ni valeur absolue :

« La statistique n'exprime pas en effet des rapports nécessaires, mais des faits ; d'autre part, elle constate un état présent, mais ne préjuge pas de l'avenir (Ancey) ».

La prime (ou cotisation) que réclame l'assureur à l'assuré lui est présentée sous la forme d'une prime brute qui se décompose en deux éléments :

1^o La prime pure qui est la somme que la Société doit mettre en réserve pour assurer à l'échéance du contrat ou à l'avènement du sinistre le paiement de l'indemnité promise à l'assuré. Elle tombe dans un fond de réserve commun, productive d'intérêts, qui paie les indemnités, mais se reconstitue indéfiniment par de nouveaux versements.

2^o Le chargement, différence entre cette prime pure et le montant effectivement versé par l'assuré. Ce chargement appartient à la Société et lui sert à payer ses frais généraux et à constituer ses excédents ou bénéfices.

Le taux de la prime se trouve donc conditionné tout à la fois par les résultats de la statistique, le loyer de l'argent et les frais généraux.

Les primes à payer (comme les prestations) diffèrent d'après les tarifs, dont il y a plusieurs catégories variables suivant les Compagnies. Elles varient avec l'âge de l'assuré, avec le sexe (femmes seules), avec les divers groupes familiaux, etc. Une Compagnie a par exemple des tarifs populaires, moyens et luxe. A titre d'exemple, nous citons un tarif populaire :

Primes.

Les primes sont annuelles et fixées de la manière suivante :

Homme ou femme âgé de 22 à 60 ans	300 fr.
Homme ou femme âgé de 61 à 65 ans	420 fr.
Homme et femme âgés de 22 à 60 ans	540 fr.
Homme et femme âgés de 61 à 65 ans	780 fr.
Homme et femme, l'un des conjoints étant âgé de moins de 60 ans, l'autre de plus de 61 ans	660 fr.
Surprimes pour garanties des suites d'accidents occasionnés par la conduite de véhicules à moteur, les sports d'hiver, l'alpinisme avec guide, la boxe, le foot-ball association	60 fr.

Enfants.

a) De 1 à 3 enfants :

Par enfant au-dessous de 15 ans surprime de..... 60 fr.

Par enfant de 15 à 22 ans surprime de..... 150 fr.

b) A partir du 4^e enfant :

Par enfant au-dessous de 15 ans surprime de.... 90 fr.

Par enfant de 15 à 22 ans surprime de..... 180 fr.

c) A partir de 22 ans, tarif homme ou femme.

Enfants seuls : le plus âgé paie la prime d'une personne âgée de 22 à 60 ans.

Femmes seules. — Les femmes assurées seules paient une surprime de..... 60 fr.

Vieillessement. — La prime est fixée au début de l'assurance en tenant compte de l'âge *de* ou *des* assurés à cette date.

Pour toute personne âgée au moins de 22 ans le jour de la signature du contrat, aucune augmentation de vieillissement n'est applicable pendant toute la durée de la police ; pour toute personne âgée de moins de 22 ans le jour de la signature du contrat, les surprimes pour enfants sont applicables automatiquement. A partir de 22 ans, la surprime tombe et la prime de 22 à 60 ans lui est substituée.

L'âge de l'assuré (ou des assurés) se compte en prenant l'anniversaire le plus rapproché de la date d'effet de la police.

Frais. — Les primes ci-dessus sont majorées des frais suivants : Droits de timbre et d'enregistrement s'élevant à 4-12 % de chaque prime.

Frais de répertoire, par quittance.....	4 fr.
Coût de la police.....	5 fr.

Paiement des primes. — Les primes sont payables annuellement et d'avance. Toutefois, sur demande de l'assuré, la Compagnie accepte des paiements semestriels, trimestriels et même mensuels.

Majoration. — *Le tarif ci-dessus doit être majoré de 10 % pour les assurés domiciliés à Paris et dans les communes limitrophes.*

*
* *
*

La Proposition.

La proposition est la demande écrite du candidat à l'assurance ; elle contient un questionnaire relatif à l'état de santé du candidat. Dans l'assurance-maladie privée la rédaction de cette proposition a une importance toute particulière, étant donné que c'est le seul document officiel qui soit à la base du contrat d'assurance.

Cette proposition une fois acceptée et reconnue véridique, suffit pour contracter l'assurance-maladie, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une vérification médicale. Les questions posées ayant une importance capitale, il importe qu'elles soient suffisantes pour atteindre le but envisagé et qu'elles ne donnent pas la possibilité de réticences. Nous donnons ici un modèle courant de proposition, qui nous permettra d'en faire une étude critique.

PROPOSITION D'ASSURANCE « MALADIE »
pour des personnes en parfait état de santé seulement.

Attention. — Le proposant est personnellement et entièrement responsable du contenu de la proposition même écrite de la main d'une autre personne. *Aucun entretien verbal avec l'intermédiaire qui transmet cette proposition n'engage la Compagnie s'il ne fait l'objet d'une confirmation par lettre de la Direction.* De fausses déclarations peuvent entraîner le refus ou l'annulation ultérieure de l'assurance. En conséquence, le proposant est tenu de remplir attentivement et consciencieusement le questionnaire ci-dessous, en se servant d'encre ou d'un crayon à copier. Il est prié d'écrire lisiblement et en toutes lettres ; tout trait tiré en travers d'une case est sans valeur.

Questions	A : Hommes	B : Femmes	Primes
1. Nom et prénom du proposant ?			A Frs
2. Domicile : rue, n° Ville, département ?			
3. Situation de famille ? célibataire, marié, veuf, divorcé.			
4. Date et lieu de naissance ? ..	le à	le à	
5. Profession ?			
6. Etes-vous bien portant et capable de travailler ?			B Frs
7. Indiquez, s'il y a lieu, vos maladies des trois dernières années ? A quelle époque les avez-vous contractées ? Avez-vous été opéré ? Si oui, indiquez l'année.....	Maladie : Opération : Suites :	Maladie : Opération : Suites :	
8. Souffrez-vous d'une infirmité ou d'une maladie chronique	Nature : Blessure de guerre : Pension :	Nature : Souffrez - vous d'une maladie de femme ; depuis quand ?	
9. Avez-vous une bonne dentition ?			
10. Portez-vous des lunettes ? ..			A reporter
11. Taille et poids ?	Taille : Poids :	Taille : Poids :	

Questions	A : Hommes	B : Femmes	Primes
12. Conduisez-vous des voitures automobiles ? Indiquez, s'il y a lieu, les risques sportifs qui doivent être couverts par l'assurance ?			
13. Avez-vous déjà été refusé complètement ou accepté seulement à des conditions spéciales pour une Assurance-Vie, Accidents, ou Maladie ? Dans l'affirmative indiquez la Compagnie et donnez tous les détails	Compagnie ? Proposition refusée ? Motif ? Police dénoncée ? Par qui ?	Compagnie ? Proposition refusée ? Motif ? Police dénoncée ? Par qui ?	

C. Assurance des enfants	Réponse aux questions	Prénoms Date de naissance	Primes
14. Les enfants sont-ils bien portants ?		Report de A et B frs	
15. Quelles maladies ont-ils eues jusqu'à présent ?	Nature : Années : Suites :	1° 2° 3° 4° 5° 6°	}
16. Ont-ils déjà été assurés contre les maladies auprès d'autres Compagnies ? ..			
17. Commencement de l'assurance à partir du premier jour d'un mois		Total A, B et C	

18. Comment la prime doit-elle être payée ? annuellement ? semestriellement ? trimestriellement ? mensuellement ?
19. Mode de paiement des primes ? par chèque postal ou en lieu convenu ?
20. Nom du payeur des primes : Adresse :
21. Bénéficiaire de l'indemnité funéraire ?

Je, soussigné, déclare que les réponses ci-dessus sont exactes et sincères.
 Je m'engage à remettre à mes frais à la Compagnie, sur sa demande, un certificat médical relatif à mon état de santé ou à celui des membres de ma famille.
 Je reconnais avoir reçu de la Compagnie un exemplaire des Conditions générales d'assurance, du tarif choisi et un tableau de base des indemnités chirurgicales, ainsi qu'une copie de la présente proposition.

Fait à le 19..

Ce qui frappe le plus dans la rédaction de cette proposition, c'est la limitation de la période à laquelle s'étend l'interrogatoire. Dans la proposition reproduite ci-contre on demande au candidat d'indiquer les maladies dont il a souffert au courant des trois dernières années. D'autres Compagnies étendent cette période à cinq ans.

La première question qui vient à l'esprit, c'est le pourquoi d'une telle limitation volontaire. Nous ne trouvons comme explication que le désir d'avoir des données plus récentes, donc plus précises et plus présentes à la mémoire du client et peut-être la peur que des indications plus vagues, portant sur des maladies subies dans un passé éloigné, ne compliquent la procédure.

Nous croyons sentir ici, comme dans beaucoup d'autres manifestations du mécanisme des assurances, le manque d'esprit médical et la prépondérance de la mentalité du producteur, désireux de constituer à tout prix un portefeuille important. En considérant l'ensemble des questions posées et sans entrer dans les détails, nous avons l'impression que, même en admettant la bonne foi du client, ce questionnaire est indiscutablement insuffisant pour le but envisagé.

Certes, le questionnaire le plus riche en questions des plus précises, ne pourra jamais remplacer un examen médical, mais la rédaction adoptée par la plupart des Compagnies est d'une insuffisance par trop manifeste. Les Compagnies se sont beaucoup souciées de la portée juridique de ce document qui lie

le signataire, mais n'ont pas envisagé suffisamment sa valeur du point de vue médical,

Un nombre important de questions nécessaires n'a pu entrer dans le questionnaire parce qu'elles sont posées, si on peut dire, publiquement, et parce que les réponses passent entre les mains d'un agent de la Compagnie qui est présent (et presque toujours consulté) lors de la rédaction de la proposition.

Pour beaucoup de questions, on ne pouvait espérer avoir des réponses sincères et d'ailleurs les poser serait un peu délicat, comme par exemple, celles qui se rapportent aux maladies vénériennes pour les deux sexes ou beaucoup de questions d'ordre obstétrical ou gynécologique.

Il ne faut pas oublier aussi qu'en pratique les questions posées sont commentées et expliquées par l'agent de la Compagnie, qui a une tendance tout à fait compréhensible, à arrondir les angles et qui s'efforce surtout d'aboutir à la conclusion du contrat et non pas de découvrir les sous-entendus et les réticences du client.

De tout ceci on ne peut tirer, sans aucun parti pris, qu'une seule conclusion : ce système est défectueux dans sa base. Si l'assurance-maladie doit se développer d'une manière saine, elle ne peut se passer d'un instrument de sélection scientifique qui ne peut être que l'examen médical préalable. Cet examen médical est tout aussi nécessaire que le service de contrôle des sinistres, qui doit être obligatoirement médical pour pouvoir juger d'une manière compétente des cas qui se présentent.

Points faibles de l'assurance-maladie et moyens employés pour y remédier

Nous connaissons à présent le mécanisme de l'assurance-maladie privée telle qu'elle est actuellement pratiquée en France. Nous savons que cette branche d'assurance de date récente est encore dans une période de tâtonnements et qu'elle se trouve en continuelle transformation. Essayons de découvrir les défauts et les points faibles de ce mécanisme et les moyens susceptibles de les amender.

Le plus grand péril pour cette branche d'assurance c'est que les mauvais risques ayant une tendance naturelle à s'accumuler, le portefeuille peut s'en trouver surchargé.

Pour dépister les mauvais risques, l'assureur a recours au questionnaire qui est, nous l'avons vu, une arme insuffisante et inefficace.

Nous avons préconisé d'emblée la généralisation de l'examen médical préalable. Mais nous ne cachons pas que ce n'est pas une panacée.

Dans l'assurance-maladie la définition exacte de la maladie a une très grande importance ; la notion du début de la maladie est tout aussi indispensable.

La tâche du médecin est très difficile. La définition de la maladie ne peut pas avoir comme point de départ une sensation subjective ; la constatation objective de la maladie est très souvent laborieuse ; la transition de la bonne santé à la maladie n'est pas toujours évidente.

Quelqu'un peut être malade et se croire en parfaite santé, et au contraire, le fait de se sentir malade ne correspond pas toujours à une maladie caractérisée. Chaque cas devrait être traité individuellement. Il est pratiquement impossible de donner une définition généralement valable de la maladie ; l'élément subjectif joue un rôle même dans le jugement médical. Nous voyons donc la double difficulté du problème, en considérant autant le sujet que le médecin.

La question du début de la maladie, étroitement liée à la question des *maladies antérieures*, est encore plus délicate. Si l'on voulait toujours poursuivre l'origine des états morbides jusqu'à leur première source, la sélection deviendrait si sévère, qu'il ne resterait que peu de sujets assurables.

Une maladie commence avec les premiers troubles fonctionnels ou avec les premiers changements morphologiques progressifs qu'on peut constater à un moment donné. La connexion, le rapport d'une maladie présente avec une maladie antérieure peuvent être admis quand, dans l'intervalle, des troubles fonctionnels se sont manifestés ou quand l'évolution de la maladie actuelle comme suite inéluctable de la mala-

die antérieure est hors de doute. Les récidives ou les progrès d'une maladie antérieure considérée comme guérie après un intervalle de longue durée, ou bien une maladie différente qui s'est développée sur le terrain affaibli par une maladie ancienne, après un certain intervalle de bonne santé, ne peuvent pas être considérés comme des phénomènes identiques à la maladie antérieure. L'apparition de la nouvelle maladie n'a pu être prévue avec certitude et elle doit être considérée comme un état nouveau et indépendant.

On voit donc la complexité des cas qui peuvent se présenter ; il faut juger ces cas individuellement, ne pas demander à la médecine plus qu'elle ne peut donner et, au médecin plus qu'il ne peut affirmer en toute conscience.

Les Compagnies réfractaires jusqu'à présent à l'examen médical préalable ont essayé de tourner la difficulté en établissant des *périodes d'attente*. Nous avons vu que ces périodes varient d'après les catégories de prestations. Il serait plus logique que la durée de la période d'attente change avec les prédispositions pathologiques éventuelles du candidat, et ici, nous nous heurtons de nouveau à l'absence du médecin qui seul serait qualifié pour en juger.

On a essayé en Allemagne d'établir des périodes d'attente différentes d'après les critères pathologiques certains comme dans le tableau ci-dessous :

1^o Aucune période d'attente pour :

Maladies infectieuses et aiguës (grippe, diphtérie, scarlatine, appendicite, etc.) ;

2^o Période d'attente de treize semaines pour :

Les autres maladies en général ;

3^o Période d'attente de dix mois pour :

Suite de maladies vénériennes, ulcères gastro-duodénaux, soins dentaires ;

4^o Période d'attente de neuf mois pour :

Maladies chroniques : rhumatismes, maladies du système nerveux, maladies chroniques des muscles.

5^o Période d'attente de douze mois pour :

Maladies chroniques des voies respiratoires, tuberculose, syphilis tertiaire, prothèses dentaires, accouchement.

Il est difficile de se faire une idée exacte de ces différents délais de carence quant à leur valeur de protection contre les risques graves. D'ores et déjà on peut dire qu'elles seront une source intarissable de malentendus et de différends entre les assureurs et les assurés, qui souvent, de bonne foi, ignorent la nature de leur maladie antérieure. Ici aussi, l'examen préalable évitera ces malentendus. Le client saura que telle catégorie de maladies peut être considérée comme suite d'une maladie antérieure et sera éliminée une fois pour toutes ; il en prendra son parti.

Un moyen radical de défense, mais qui va parfois trop loin, c'est *l'élimination totale de prestations pour les maladies antérieures* et leurs suites. Pour que cette mesure soit efficace, il faut supposer d'abord une sincérité totale du candidat et d'autre part, une rédaction rationnelle du questionnaire. Nous avons déjà vu ce qu'il en est.

Certains spécialistes de l'assurance ne sont pas si catégoriques et préconisent l'acceptation sans réserve des cas qui pourraient être considérés comme des *risques aggravés*, moyennant une majoration des primes (ou des surprimes) comme cela se fait dans l'assurance-vie. Cette modalité est difficile à mettre en pratique; on ne peut pas appliquer ces majorations au jugé. Il serait nécessaire de disposer de statistiques sûres issues d'une longue expérience, ce qui justement manque dans cette branche encore si jeune.

On a proposé de se servir à cette fin des Tables de morbidité américaines construites par des Compagnies d'assurance-vie qui s'en servent pour exonérer du paiement de la prime les assurés pendant les périodes d'incapacité du fait d'une maladie ou d'un accident. On a proposé aussi des Tables des risques aggravés qui donnent entre autre la classification de l'invalidité succédant à diverses maladies, et qui permettent d'apprécier la morbidité. Sur la base de ces tables, on peut établir une classification des risques à accepter avec les surprimes correspondantes.

Mais le système des surprimes a l'inconvénient

d'entraver la prospection à cause de l'élévation du taux de la prime.

La question des maladies antérieures déclarées ou non donne lieu souvent à des différends entre l'assuré et l'assureur. Les Compagnies qui éliminent ces maladies raisonnent comme suit : on ne peut pas contracter une assurance-incendie pour une maison dont le rez-de-chaussée est déjà en flamme. Mais l'assuré, lui, ne veut pas admettre de voir sa capacité d'être assuré amoindrie à cause d'une maladie qu'il considère comme guérie, ou dans le cas où la maladie a été décelée lors d'un examen médical demandé par la Compagnie, pour une maladie qu'il n'a même pas conscience d'avoir eue. A ceci il faut ajouter qu'il est très difficile parfois pour le médecin de faire un pronostic exact concernant les suites directes ou indirectes d'une maladie antérieure (déclarée ou non) après un seul examen ; on voit comme la question se complique.

Dans l'assurance-maladie le pronostic a une tâche à remplir qui est différente de celle qu'exige l'assurance-vie. Le pronostic *quoad vitam* est la mesure d'appréciation en assurance-vie. Le pronostic quant à la gravité et à la durée des suites d'une maladie quelconque (qui ne présente pas un péril vital) est infiniment plus complexe. Et c'est ce pronostic justement qui est en cause dans la question des maladies antérieures.

Dans l'assurance-vie les antécédents, la constitution, etc. de l'assuré jouent bien un grand rôle, mais

ces éléments n'ont qu'une valeur relative pour l'appréciation de la longévité probable du sujet. Dans l'assurance-maladie ces mêmes données ont une importance infiniment plus grande pour l'appréciation du risque.

Un assuré d'une constitution délicate peut atteindre, avec des précautions et des soins appropriés, les circonstances extérieures de la vie aidant, un âge avancé. Mais ce même sujet peut être soumis à des états morbides plus ou moins graves et plus ou moins fréquents. Ces états maladifs lui donneraient le droit de recourir aux avantages que lui accorde son contrat d'assurance-maladie et en feraient un mauvais risque pour la Compagnie.

Dans l'assurance-maladie intervient en outre *l'élément subjectif*, impossible à évaluer d'avance et qui fait que, même en dehors de tout élément de fraude ou de simulation, certains sujets s'adressent plus souvent au médecin pour des malaises que d'autres surmonteraient tout seuls. La durée du traitement est également influencée par ce moment subjectif, par le psychisme du malade et l'état de son système nerveux.

Déjà le nombre de ces hypersensibles est en croissance rapide, surtout dans les grandes villes, et il est compréhensible, que ce sont eux de préférence qui forment une bonne partie de la clientèle de l'assurance-maladie. Ceci est vrai en premier lieu pour les assurances individuelles. Les assurances familiales et collectives sont moins exposées à ces inconvénients ;

elles ont un caractère social plus prononcé. Les Compagnies devraient les encourager par des avantages plus substantiels qu'elles ne le font à l'heure actuelle.

Un autre moyen de défense contre les mauvais risques est *l'élimination totale des prestations de certaines maladies énumérées dans le contrat*. Ce sont les risques exclus mentionnés dans les Conditions Générales citées plus haut et notamment les maladies mentales, l'alcoolisme, les névropathies, les toxicomanies, etc. Certains contrats spécifient encore malformations et états maladifs congénitaux.

Pour se garantir contre des abus possibles, les Compagnies ont introduit comme mesure de prévention le principe d'associer l'assuré à la couverture d'une partie du risque, pour obtenir de lui une plus grande circonspection personnelle et une surveillance plus active et plus efficace de sa personne. Cette participation de l'assuré aux frais varie avec les catégories des prestations (v. Conditions Générales).

Enfin, si la Compagnie avait accepté un risque qui s'avère mauvais ultérieurement, elle se réserve le droit de résilier le contrat avec un préavis spécifié sur la police. Ceci n'est évidemment qu'une mesure de liquidation d'une opération désavantageuse.



Personne ne conteste que le mécanisme de l'assurance-maladie actuel demande à être modifié et amélioré. Nous voulons essayer, pour notre part, de formuler quelques suggestions qui nous paraissent susceptibles d'ouvrir de nouvelles perspectives à cette branche d'assurance. Nous ne nous cachons pas que ces suggestions n'ont pour le moment qu'une valeur théorique, mais elles sont inspirées par la conviction que seule une réforme radicale est capable d'en assurer la prospérité future. Cette réforme, nous la voyons dans l'appel à l'esprit médical et scientifique, comme cela a été fait à l'étranger.

1^o *Organisation.* — Il est nécessaire de créer une organisation minutieuse entrant dans tous les détails, classant, cataloguant, étudiant à fond les dossiers de chaque assuré. Un travail de cet ordre, nous le savons, est très coûteux, mais bien organisé, il serait d'une importance considérable, et les dépenses engagées seraient rapidement compensées. Une des tâches les plus importantes serait l'organisation d'un service de statistique qui classerait tout le matériel disponible. L'assurance-maladie a besoin d'être étayée sur des données mathématiques. Des statistiques détaillées sont nécessaires sur l'étiologie, l'évolution, le pronostic des maladies considérées. Ce travail sta-

tistique a pour but d'établir une classification des risques.

Il faut encore étudier la psychologie de la clientèle ce qui demande du doigté et de la souplesse dans l'application des méthodes employées.

2° *Propagande*. — Nous avons eu l'occasion d'entendre dire des spécialistes d'assurance, que l'assurance-maladie serait spécialement difficile à introduire en France, parce qu'il faudrait d'abord « éduquer » un public particulièrement réfractaire à l'idée de prévoyance en général. Nous croyons que cette affirmation est absolument fausse. On attend que le public français s'intéresse à une question dont il ignore à peu près tout, et dont l'introduction partout ailleurs a été précédée d'une propagande intense et bien faite (Amérique, Allemagne, Japon). Le Dr S. B. Scholz (Philadelphie) déclara au Congrès de Londres (1935) a propos du Service de Santé, que le nombre des assurés examinés par une Compagnie est en raison directe de l'importance de la publicité faite. Tous ceux qui s'occupent de questions de santé s'accordent à reconnaître que la médecine préventive exige une publicité constante.

Nous estimons que l'assurance-maladie entre dans le cadre de la médecine préventive et que du point de vue de la propagande, elle demande les mêmes méthodes.

Si l'on s'inspirait de cet exemple, si l'on faisait une propagande intelligente, large, il n'y a aucune rai-

son pour que le public français ne s'intéresse à l'assurance maladie qui correspond à un besoin éprouvé depuis longtemps. D'ailleurs, la pratique de l'assurance sociale n'a pas peu contribué à familiariser les classes moyennes avec l'idée de la prévoyance nécessaire de la maladie.

Evidemment, cette propagande ne devrait pas copier aveuglément ce qui se fait à l'étranger ; elle devrait être appropriée à la mentalité française.

Nous rappelons seulement ce qu'une propagande bien faite a pu obtenir en France, en un laps de temps très court, dans le domaine du tourisme, des sports d'hiver, de l'éducation physique, etc., etc. ; elle a abouti presque à un bouleversement des habitudes les plus invétérées d'une grande partie du public.

Pour que la propagande de l'assurance-maladie soit efficace, elle doit être imprégnée d'esprit médical et menée avec le concours du Corps médical. Comme une telle propagande conduirait à des frais importants, elle pourrait être faite simultanément pour plusieurs branches d'assurances de personnes (vie, accidents) et éventuellement pour un Service de Santé à créer. On peut s'inspirer ici de modèles américains et allemands en prenant surtout de ces derniers l'admirable principe d'un centre de propagande commun à plusieurs Compagnies.

3^o *Liaison étroite avec l'assurance-vie et l'assurance-accident.* — L'assurance-maladie ne doit pas être

organisée isolément. Déjà, elle est étroitement liée à l'assurance-accident. Nous croyons, en outre, qu'une connexion avec l'assurance-vie, surtout par la propagande commune, ne pourrait qu'être avantageuse pour les deux branches.

La pratique récente en France a prouvé que des Compagnies spécialement créées pour la seule assurance-maladie n'ont pu résister aux difficultés de la première heure ; ce ne sont que des Compagnies réunissant plusieurs branches d'assurance, disposant de capitaux importants et d'une organisation éprouvée qui pourraient affronter cette tâche assez difficile.

De plus, si les Compagnies françaises pouvaient s'inspirer un peu du large esprit d'initiative dont ont fait preuve les Compagnies américaines, allemandes et suisses, elles devraient envisager d'urgence la création d'un Service de Santé qui serait la base la plus solide de la diffusion des idées de prévoyance de la maladie en même temps que de l'assurance sur la vie.

Les Compagnies d'assurances sur la vie et d'assurance-maladie-accident devraient s'inspirer en outre de l'exemple fourni par le législateur dans l'assurance-incendie, en ce qui concerne le corps des sapeurs-pompiers.

« En mesure que le sentiment de solidarité sociale pénétrait les esprits, on comprit que la société contractait une véritable dette envers les sapeurs-pompiers, et le législateur s'est efforcé de l'acquitter en partie. Il a voulu — et c'est ici qu'apparaît la

notion de prévention — que les Compagnies d'assurance contre l'incendie contribuent à cette charge, car l'organisation de ces corps leur profite puisqu'elle tend à rendre moins graves et moins lourds à supporter pour l'assureur les dommages causés par les incendies ». (Sumien.)

Nous croyons que le sentiment de solidarité sociale pourrait dicter un état d'esprit analogue envers ceux qui par leur activité aident à la prévention des maladies et à la prolongation de la vie humaine. Les Compagnies auraient le plus grand intérêt à aider le Corps médical en lui facilitant sa tâche.

De ce point de vue on ne peut pas ne pas regretter que les Compagnies françaises se soient laissées distancer non seulement par les Compagnies américaines, anglaises et allemandes, mais même par celles des petits pays comme la Suisse.

4° *Multiplicité des petits sinistres.* — La pratique a montré que l'accumulation des petits sinistres peut devenir un péril pour l'assurance-maladie. Par petits sinistres il faut comprendre des maladies légères, passagères, ne durant que quelques jours et qui, dans la plupart des cas, n'auraient même pas retenu l'attention des malades s'ils n'étaient pas assurés. Ce sont d'habitude des rhumes, de légères bronchites, des « gripes », des crises de foie, des indigestions, etc., etc.

On a déjà pensé à refuser les prestations pour des maladies de cet ordre. Ainsi les Compagnies améri-

caines excluent dernièrement une fois pour toutes, les bronchites. Nous pensons que cette question qui est très importante et a de multiples aspects, doit être étudiée soigneusement et que la plupart de ces légères indispositions devraient être exclues des prestations, sans léser les intérêts légitimes des assurés.

L'assurance-maladie n'a pas pour but de faire une consommation de luxe des soins médicaux. Les avantages de cette assurance doivent être réservés aux cas suffisamment sérieux, autrement les charges deviendraient si lourdes, que les Compagnies se verraient forcées de reconsidérer le taux de leurs primes.

5° *Assurances familiales et collectives.* — L'assurance-maladie devrait tendre à devenir une assurance familiale par excellence et suivant les cas, collective. Elle deviendrait par cela même plus avantageuse pour les Compagnies et sa valeur sociale en serait rehaussée. Nous croyons que les Compagnies devraient réviser les calculs pour trouver les moyens d'accorder aux familles des avantages plus importants qu'elles ne le font à l'heure actuelle.

6° *Visite médicale préalable, gratuite et obligatoire.* — Nous avons indiqué déjà à plusieurs reprises que nous considérons la visite obligatoire comme une des réformes les plus nécessaires à introduire dans la pratique de l'assurance-maladie.

Beaucoup d'assureurs considèrent la généralisation de l'examen préalable comme impossible pour plusieurs raisons.

On a objecté que cet examen médical rebuterait le public qui n'aime pas à perdre une demi-heure pour aller voir le médecin. A notre avis, si la propagande de l'assurance-maladie était active et bien faite, ce petit inconvénient ne jouerait aucun rôle pour les candidats que cette propagande a persuadé de l'importance de cette assurance.

Une autre objection, et celle-là plus sérieuse, c'est que l'examen médical est relativement coûteux et pèserait sur le calcul de la prime. Nous ne sommes pas compétents dans les questions actuarielles, mais nous croyons qu'une solution pourrait être trouvée, si on envisage le problème sous l'angle d'une diffusion très grande de cette branche.

On a invoqué en outre le fait qu'un seul examen médical ne pourrait donner une idée exacte de l'état de santé du candidat. Mais cet argument serait encore plus valable contre l'examen médical dans l'assurance-vie où pourtant personne ne nie son utilité.

Evidemment, on ne peut pas demander qu'un seul examen suffise toujours pour se faire une idée exacte de la santé et de la réceptivité aux maladies d'un sujet quelconque. Mais cet examen peut suffire pour éviter des fautes grossières. En outre, le médecin, en posant une série de questions précises au candidat, aura plus de chances d'obtenir des renseignements exacts et sincères. Ce questionnaire rempli par le médecin lui-même aura une valeur toute autre que celui fabriqué avec la collaboration plus ou moins active de l'agent prospecteur.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcés de démontrer que l'assurance-maladie pour les classes moyennes et les professions libérales, cette nouvelle branche des assurances encore peu connue en France, est appelée à acquérir avec le temps, une importance grandissante tant pour le public que pour le Corps médical. De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'assurance-maladie privée pour les classes moyennes et les professions libérales se trouve encore dans une période de transition, ses méthodes et son mécanisme n'étant pas encore définitivement fixés.

2° Le terrain propice pour le développement de cette nouvelle branche de l'assurance privée existe indubitablement en France. La situation économique de la classe moyenne et des professions libérales évolue de telle sorte que l'assurance-maladie deviendra bientôt une nécessité reconnue par tous. Son importance sociale est incontestable.

3° Cette branche d'assurance, comme l'a démontré

l'exemple de l'étranger, ne peut être utilement pratiquée que par des Compagnies d'assurance privées ayant à leur disposition des capitaux importants et une organisation puissante.

4° Les méthodes employées en France jusqu'à ce jour dans cette branche ne sont qu'une copie fidèle de celles en usage à l'étranger, notamment en Allemagne. Il serait désirable que les Compagnies s'inspirent non seulement de la forme, mais aussi de la largeur de vue de ces modèles. Mais il est indispensable de tenir compte de la mentalité du public français, qu'une propagande bien organisée peut toucher et convaincre.

5° Les Compagnies françaises devraient se pénétrer de l'idée que l'assurance-maladie ne peut être pleinement réalisée qu'en employant des méthodes imprégnées d'esprit médical. La collaboration du Corps médical est indispensable et les Compagnies devraient s'efforcer en premier lieu d'éveiller l'intérêt pour cette branche d'assurance parmi les médecins.

6° Il serait hautement désirable que l'examen médical préalable prenne la première place dans le mécanisme de l'assurance-maladie comme seule base sérieuse possible pour l'acceptation du candidat. De même, un contrôle médical de toute l'activité de l'assurance-maladie serait indispensable.

7° Le Corps médical a les raisons les plus sérieuses

de s'intéresser à cette nouvelle branche d'assurance qui touche de près à ses intérêts sociaux et professionnels. Dans sa collaboration éventuelle avec les assureurs, il doit, bien entendu, exiger le respect de la Charte Médicale Internationale.

Nous sommes persuadés que l'assurance-maladie privée prendra (peut-être après un temps d'arrêt) un grand essor et qu'il importe de lui donner dès à présent une direction vraiment médicale et en harmonie avec les principes défendus par le Corps médical français. Ceci correspondrait à l'intérêt bien compris du public, des médecins et des assureurs eux-mêmes.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Balthazard (Prof. V.).* — Précis de médecine légale, 5^e édit. Paris, 1935.
- Böhmer (P.-E.).* — Sur les bases techniques de l'assurance-maladie, IX^e Congrès intern. des actuaires. Stockholm, 1930.
- Sur la technique de l'assurance-maladie privée en Allemagne, Stockholm, 1930.
- Dobbernack (W.)* (Allemagne). — Discussion sur l'assurance-maladie au IX^e Congrès intern. des actuaires. Stockholm, 1930.
- Dodson (J.-M.).* — A Manual of suggestions for the conduct of periodic examinations of apparently healthy persons (American Medical Association. Chicago, 1932).
- Doh (A.-R.).* — Le calcul mathématique de la prime en assurance-maladie (Rev. gén. des assurances terrestres, n^o 3, 1936).
- Dumas (S.).* — Une table de morbidité des employés du chemin de fer (Bull. de l'Association des actuaires suisses. Berne, 1914).
- Enquête.* — Sur les assurances-maladies privées et facultatives (Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale, 1936. Paris, n^{os} 31, 32 et 34).
- Falk (J.-S.), Rorem (C.-R.) et Ring (M.).* — The economical aspect of medical services. Chicago, 1935.

Finetti (B. de). — Le « Bénéfice Opérations Chirurgicales ». X^e Congrès internat. des actuaires. Rome, 1934.

Fischer (F.). — Die heutigen Aufgaben des Lebensversicherungs-mediziners (Zeitschrift f. die ges. Versicherungswissenschaft, 1935).

Fujikawa (Tokio). — L'organisation du Service de Santé des assurés sur la vie. X^e Congrès intern. des actuaires. Rome, 1934.

Goury (H.). — Assurance-maladie (Bull. trim. de l'Institut. des Actuaires français, juin 1936).

Hesse (W.-J.-C. de). — Le Service de Santé au Pays-Bas, X^e Congrès intern. des actuaires. Rome, 1934.

Janse (I.-P.) (Amsterdam). — Au sujet de l'assurance-maladie du point de vue pratique. IV^e Congrès int. des actuaires. New-York, 1904.

Laird (I.-M.). — Accident and Sickness Insurance in the United States of America. IX^e Congrès intern. des actuaires. Stockholm, 1930.

Laurent (H.). — Théorie et pratique des assurances sur la vie, 2^e édit.

Liljenfeld-Krzewski (Varsovie). — Les devoirs du Service de Santé dans la pratique des assurances. X^e Congrès int. des actuaires. Rome, 1934.

Linsmayer (W.) (Zürich). — Le Service de Santé dans l'assurance-vie considéré principalement du point de vue suisse. X^e Congrès intern. des actuaires. Rome, 1934.

Manes. — Die auf die Tafel der Krankheitsdauer wirkenden Einflüsse IX^e Congrès int. des actuaires. Stockholm, 1930.

Manes (A.). — Versicherungslexikon. 2^o Aufl., 1924.

Mead (F.-B.) (U. S. A.). Discussion. IX^e Congrès int. d. actuaires. Stockholm, 1930.

Messenger (H.-J.). — Health Insurance in the United States. IV^e Congrès int. des actuaires. New-York, 1904.

- Michels (O.)*. — Die Sterblichkeit der periodisch untersuchten Versicherten bei der Alten Leipziger. Congrès int. de Médecine d'assurance-vie. Londres, 1905.
- Mignon (H.)*. — Etude sur la morbidité dans le Corps médical en France, 1928.
- Moser (K.)*. — Ueber den Begriff der « bestehenden Krankheit » bei den privaten Krankenkassen (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1931).
- Muhlberg (W.)*. — Health Suggestions. The Union Central Life Insurance Company. Cincinnati, Ohio.
- Neubauer (J.)* (Vienne). — Sur le Service de la Santé. X^e Congrès int. des actuaires. Rome, 1934.
- Neustätter (O.)*. — Der Gesundheitsdienst der Lebensversicherung. Berlin, 1935.
- Razous (P.)*. — Les risques de mortalité et de morbidité dans leurs rapports avec l'assurance et la prévoyance sociales, 1923.
- Reid (E.-E.)*. — Aperçu de l'action accomplie par les Compagnies canadiennes en faveur des œuvres d'hygiène sociale. X^e Congrès int. des actuaires. Rome, 1934.
- Renfer (H.)* (Bâle). — Wie ist die Technik der Krankenversicherung sowohl in der Privatversicherung als auch in der Sozialversicherung einzurichten? IX^e Congr. int. d. actuaires, Stockholm, 1930.
- Risser (R.)* (Paris). — Discussion au IX^e Congrès int. d. actuaires. Stockholm, 1930.
- Schoen.* — Das Problem des « alten Leidens » in der individuellen Krankenversicherung. Deutsche Medizin. Wochenschr., 1934.
- Stone and Cox.* — Accident Insurance Yearbook. Londres, 1931.
- Sumien (P.)*. — Traité théorique des assurances terrestres de la réassurance. Paris, 1925.

- L'assurance contre la maladie en France (Revue générale des assurances terrestres, 1935).

Teichmann (M.). — Die künftige Regelung des Krankenversicherungsvertragsrechts (Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft, 1935).

- Discussion au IX^e Congrès int. d. actuaires. Stockholm, 1930.

Thomassin (J.). — Ce qu'il faut connaître de l'assurance-maladie (Revue gén. des assurances terrestres, 1936).

Valencia (J.-M.-L.). — L'assurance-maladie. Quelques idées sur la technique de l'assurance-maladie. Son implantation en Espagne. IX^e Congrès internat. des actuaires. Stockholm, 1930.

Wagner (H.) (Vienne). — Méthodes techniques de l'assurance contre les maladies. IX^e Congrès internat. des actuaires. Stockholm, 1930.

Waldheim (H. v.) (Allemagne). — Discussion au IX^e Congr. int. d. actuaires. Stockholm, 1930.

Weill-Mantou (J.). — Manuel du Médecin d'assurances sur la vie. G. Masson. Paris.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique.....	13
Notions élémentaires d'assurance.....	26
Technique de l'assurance-maladie.....	31
L'assurance-maladie et l'assurance-vie.....	40
L'assurance-maladie et l'assurance-accident.....	56
L'assurance-maladie privée et les assurances sociales.....	58
Formes spéciales de l'assurance-maladie.....	60
La police de l'assurance-maladie privée.....	63
Conditions générales.....	63
Tarifs.....	74
La Proposition.....	77
Points faibles de l'assurance-maladie et moyens employés pour y remédier.....	82
Conclusions.....	97
Bibliographie.....	100

